



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Psicomotricidade na Promoção de Competências Socioemocionais

INTERVENÇÃO PSICOMOTORA COM CRIANÇAS EM CONTEXTO ESCOLAR E
INSTITUCIONAL E SENIORES EM CONTEXTO INSTITUCIONAL

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Marco Ferreira, professor auxiliar com agregação
da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Vogais:

Professora Doutora Camélia Mansão

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora
auxiliar com agregação da Faculdade de Motricidade Humana da
Universidade de Lisboa.

Rúben Barbosa

2019

“Agir, eis a inteligência verdadeira”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

No final deste percurso, quero deixar o meu muito obrigada a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial...

... a todas as crianças e jovens que tive o prazer de acompanhar. Obrigado pelo carinho constantes e alegria contagiante. Sem dúvida que me tornaram uma melhor pessoa.

... aos senhores e senhoras do Centro de Dia pela generosidade e simpatia. O humor e a determinação que vos caracteriza serão um exemplo para sempre.

... à minha orientadora académica, Professora Doutora Celeste Simões, pelo exemplo de dedicação e profissionalismo. Sinto-me grato pela disponibilidade, confiança e positivismo contagiante que demonstrou ao longo deste processo.

... às duas excelentes psicomotricistas, Marília Braga e Diana Pereira, com quem tive o prazer de conviver e aprender. Para além de admiráveis profissionais, são seres humanos fantásticos. Obrigado por todo o conhecimento transmitido e disponibilidade incansável.

... a toda a equipa técnica da Casa da Fonte, em particular à Dr.^a Carla Lima, pela forma como me acolheu e me deu a oportunidade de integrar a família da Casa da Fonte.

... às Psicólogas da Junta de Freguesia de Belém, Dr.^a Catarina Abreu, Dr.^a Ana Morato e Dr.^a Marta Barreiros pelo conhecimento transmitido e oportunidades que me foram dadas.

.... à Dr.^a Paula Abreu do Centro de Dia São Francisco Xavier pela confiança demonstrada no meu trabalho e a todos os funcionários e voluntários pelo apoio demonstrado.

... à minha mãe, ao meu irmão e à minha namorada pelo apoio incondicional e compreensão demonstrada durante todo o processo.

... e, por último, a todos os amigos com quem partilhei as conquistas e frustrações ao longo do estágio. Agradeço todas as palavras de apoio e as gargalhadas que me proporcionaram com as várias designações que criavam cada vez que se referiam à Psicomotricidade.

Resumo

O presente relatório tem como principal objetivo a descrição da intervenção psicomotora realizada no âmbito do estágio curricular inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado de Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana. A prática desenvolveu-se no âmbito da promoção de competências socioemocionais na população infantojuvenil, abrangendo uma faixa etária entre os 7 e os 17 anos de idade, em contexto escolar e em contexto institucional, bem como na população sénior, em contexto de Centro de Dia, com o intuito acrescido de promover a autonomia e a qualidade de vida. O trabalho desenvolvido contemplou sessões de grupo e individuais de acordo com as necessidades e características de cada população e respetivo contexto. Procedeu-se à análise das avaliações realizadas, tendo sido perceptível o impacto positivo da intervenção psicomotora em diversos domínios das competências socioemocionais e na funcionalidade dos idosos. Por fim, são apresentadas as principais conclusões decorrentes do estágio curricular e as principais reflexões pessoais e sugestões para intervenções futuras.

Palavras chave: Crianças em Risco; Resiliência; Institucionalização; Problemas de Comportamento; Competências Socioemocionais; Psicomotricidade; Envelhecimento; Gerontopsicomotricidade.

Abstract

The main objective of this report is to describe the psychomotor intervention practice developed within the curricular internship integrated in the curricular unit of Professional Skills Development, of the Psychomotor Rehabilitation Master. The practice was developed through the promotion of socioemotional skills with children, from 6 to 17 years old, in schools and institutional context, and with the senior population in an institutional context, more specifically Day Care Center, also to promote autonomy and quality of life. The work was developed through group and individual sessions according to the needs and characteristics of each population and its context, The analysis of the evaluations concluded that the intervention had a positive impact in several domains of social and emotional skills and in the functionality of the elderly. The report concludes with the presentation of the general internship conclusions and the main personal reflections and suggestions for future interventions.

Keywords: Children at Risk; Resilience; Institutionalization; Behavioral problems; Socioemotional Skills; Psychomotricity; Aging; Gerontopsychomotricity.

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	II
Índice Geral.....	III
Índice de Figuras.....	V
Introdução.....	1

Parte I - Enquadramento da Prática Profissional

A) Enquadramento Teórico.....	4
1. Risco e Resiliência.....	4
2. Enquadramento Legislativo para crianças em risco em Portugal	6
3. Institucionalização.....	8
4. Problemas de Comportamento.....	10
5. Competências Socioemocionais	11
6. Psicomotricidade na promoção de competências socioemocionais ...	13
7. Envelhecimento	15
8. Envelhecimento Ativo.....	17
9. Gerontopsicomotricidade	18
B) Enquadramento Institucional e Legal	20
1. Junta de Freguesia de Belém	21
1.1. Programa Intervir	21
1.1.1. Afetos na Escola	21
1.1.2. Psicomotricidade.....	21
2. Casa da Fonte	22

Parte II - Realização da Prática Profissional

A) Psicomotricidade na Escola	26
1. Intervenção em Grupo	28
1.1. Caracterização do Grupo.....	28
1.2. Caracterização dos Instrumentos	28
1.3. Contexto de Intervenção.....	29
1.4. Condições e Procedimentos de Avaliação.....	29
1.5. Planeamento da Intervenção	30
1.6. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	31
1.7. Conclusões da Intervenção em grupo	36

B) Sonhar Acordado.....	36
C) Afetos nas Escolas.....	38
D) Psicomotricidade na Casa da Fonte.....	39
1. Intervenção em grupo	40
1.1. Caracterização do Grupo.....	40
1.2. Caracterização dos Instrumentos	41
1.3. Contexto de Intervenção.....	41
1.4. Condições e Procedimentos de Avaliação.....	41
1.5. Planeamento da Intervenção	41
1.6. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	42
2. Intervenção Individual	45
2.1. Caracterização do K	45
2.2. Caracterização dos Instrumentos	46
2.3. Contexto de Intervenção.....	46
2.4. Condições e Procedimento de Avaliação.....	46
2.5. Planeamento da Intervenção	46
2.6. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	47
E) Psicomotricidade no Centro de Dia.....	50
1. Intervenção em grupo	50
1.1. Caracterização do Grupo.....	50
1.2. Caracterização dos Instrumentos	51
1.3. Contexto de Intervenção.....	54
1.4. Condições e Procedimentos de Avaliação.....	54
1.5. Planeamento da Intervenção	55
1.6. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	57
1.7. Conclusões da intervenção em grupo.....	62
Principais Dificuldades e Limitações.....	63
Atividades Complementares	66
Conclusões e Recomendações Futuras	68
Reflexão Final	70
Bibliografia.....	71

Anexos

Anexo A: Plano de sessão [Tipo] – Sonhar Acordado.....	84
Anexo B: Plano de sessão [Tipo] – Casa da Fonte	85
Anexo C: Plano de sessão [Tipo] – Centro de dia.....	86

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Programa de Competências Socioemocionais.....	27
Tabela 2 - Grupos de Intervenção em contexto escolar.....	28
Tabela 3 - Valores de categorização do SDQ.....	29
Tabela 4 - Objetivos específicos da intervenção com o grupo BR2.....	30
Tabela 5 - Organização das sessões em contexto escolar.....	31
Tabela 6 - Resultados do AD (grupo BR2).....	32
Tabela 7 - Resultados do DM (grupo BR2).....	32
Tabela 8 - Resultados do LS (grupo BR2).....	33
Tabela 9 - Resultados do TP (grupo BR2).....	33
Tabela 10 - Grupos de Intervenção em contexto institucional.....	40
Tabela 11 - Objetivos específicos da intervenção com o grupo 2 (Casa da Fonte).....	42
Tabela 12 - Resultados da intervenção com o grupo 2 (Casa da Fonte).....	43
Tabela 13 - Objetivos gerais e específicos da intervenção com o K (Casa da Fonte).....	47
Tabela 14 - Resultados da intervenção com o K (Casa da Fonte).....	47
Tabela 15 - Objetivos gerais e específicos iniciais (Centro de Dia).....	55
Tabela 16 - Objetivos gerais e específicos reajustados (Centro de Dia).....	56

Índice de Figuras

Figura 1 - Horário da intervenção (outubro de 2017 – fevereiro de 2018).....	25
Figura 2 - Horário da intervenção (fevereiro de 2018 – junho de 2018).....	26
Figura 3 - “Sala dos Pequenos” (Casa da Fonte).....	41
Figura 4 - Espaço exterior (Casa da Fonte).....	41
Figura 5 - Variabilidade de elementos por sessão.....	50
Figura 6 - Frequência de sessões por cliente.....	51
Figura 7 - Resultados da mobilidade articular dos membros superiores e inferiores.....	57
Figura 8 - Resultados do Equilíbrio Estático II.....	58
Figura 9 - Resultados do Equilíbrio Dinâmico II.....	59
Figura 10 - Resultados da motricidade fina dos membros superiores.....	60
Figura 11 - Resultados da memória percetiva e memória verbal.....	6

Introdução

A redação do presente relatório surge no âmbito da Atividade de Estágio profissionalizante enquadrada no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RCAP), com vista à conclusão do Mestrado em Reabilitação Psicomotora pela Faculdade de Motricidade Humana. Este estudo tem como principais objetivos estimular o domínio do conhecimento aprofundado na área da Reabilitação Psicomotora nas vertentes científica e metodológica, através da promoção da competência reflexiva multidisciplinar, do desenvolvimento da capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora em diferentes contextos e domínios de intervenção, bem como do desenvolvimento de capacidades de inovação, conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas que sustentam o desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, com vista ao desenvolvimento do enquadramento profissional e científico na área.

O trabalho desenvolvido abordou a promoção de competências socioemocionais e foi realizado com crianças em contexto escolar e institucional e, com a população sénior em contexto institucional. Desta forma, os locais de intervenção foram a Junta de Freguesia de Belém, onde decorreram diversos projetos, nomeadamente a “Psicomotricidade na Escola” que abrange três escolas primárias do Agrupamento de Escolas do Restelo (EB1 Bairro do Restelo, EB1 Moinhos do Restelo e EB1 de Caselas); o “Sonhar Acordado” realizado em três Jardins de Infância do mesmo agrupamento (JI de Santa Maria de Belém; JI de Caselas e JI de S. Francisco Xavier); o projeto dos “Afetos na Escola” realizado nas escolas mencionadas; e a “Psicomotricidade no Centro de Dia” que teve lugar no Centro de Dia São Francisco Xavier. Foi ainda desenvolvido na Casa da Fonte, que se trata de uma casa de acolhimento de crianças e jovens em risco, no concelho de Oeiras.

Inicialmente será realizado o enquadramento da prática profissional, que envolve o enquadramento teórico, institucional e legal, i.e., a sustentação teórica e a caracterização institucional e legal dos locais em que se desenvolveu o estágio, respetivamente. Posteriormente, será feita a apresentação da prática profissional propriamente dita, nos diversos contextos, abordando a caracterização das populações alvo de intervenção, os contextos de intervenção, os instrumentos de avaliação utilizados, as condições e procedimentos de avaliação, a definição dos objetivos de intervenção, a apresentação e discussão dos resultados obtidos antes e após a intervenção, e ainda a referência às

principais dificuldades e limitações encontradas ao longo do estágio. Por último, serão apresentadas as atividades complementares que se desenvolveram paralelamente à intervenção analisada, as principais conclusões do trabalho desenvolvido, uma reflexão pessoal sobre o mesmo, algumas recomendações neste âmbito de intervenção, a bibliografia e ainda alguns anexos referentes aos planeamentos e relatórios das sessões, relatórios de avaliação e outros documentos considerados pertinentes para a compreensão deste relatório.

Parte I - Enquadramento da Prática Profissional

A) Enquadramento Teórico

Este capítulo destina-se a uma breve abordagem de alguns conceitos fundamentais para uma melhor compreensão do trabalho realizado durante o estágio curricular. Primeiro, serão clarificadas as questões relativas à intervenção desenvolvida com crianças e jovens, nomeadamente os conceitos de risco e resiliência, o enquadramento legislativo das crianças em risco em Portugal, a institucionalização, os problemas de comportamento, as competências socioemocionais e o impacto da intervenção psicomotora na promoção destas competências. Posteriormente, analisar-se-á o envelhecimento e suas características, o conceito de envelhecimento ativo e o papel da intervenção psicomotora na manutenção da funcionalidade e promoção de competências socioemocionais dos idosos.

1. Risco e Resiliência

O panorama social sempre foi marcado por uma evolução constante que, nas últimas décadas, atingiu um ritmo alucinante face ao avanço tecnológico que expandiu o leque de desafios com os quais as crianças se deparam, e consequentemente a sua necessidade de adaptação. Assim sendo, torna-se indispensável analisar as situações que podem constituir um risco para o seu desenvolvimento (Engel et al., 2007).

O risco está associado a variáveis que acarretam uma elevada probabilidade de culminar em resultados indesejáveis (Gutman, Sameroff & Eccles, 2002; Panter-Brick, 2014). Consiste na exposição das crianças a determinadas variáveis biológicas e ambientais que comprometem o seu desenvolvimento, tais como: a limitação do crescimento uterino; o baixo peso; a subnutrição; a depressão maternal; a falta de educação/formação parental; a exposição à violência; a presença de estímulos e oportunidades de aprendizagem inadequadas; a negligência das suas necessidades básicas; e a pobreza (Engel & Black, 2008; Hammen, 2003; Masten, 2011; Walker et al., 2007; Walker et al., 2011).

A identificação dos fatores de risco deve ser acompanhada pelo reconhecimento das fontes de proteção e habilidades necessárias face às eventuais adversidades, tal como demonstram as investigações nas últimas décadas (Firentino, 2008; Panter-Brick, 2014; Rutter, 2012; Windle, 2011).

Deste modo, surgiu o conceito de resiliência que, segundo Luthar (2006), deve as suas raízes conceptuais a um conjunto de pesquisas pioneiras, realizadas na década de 70, da autoria de Garmezy (1974), Anthony (1974), Murphy e Moriarty (1976) e Rutter (1979). Segundo o mesmo autor, Garmezy (1974) sugeriu a existência de um subgrupo

de crianças com psicopatologias dotadas com padrões adaptativos surpreendentemente elevados, Anthony (1974) destacou a invulnerabilidade que um conjunto de crianças demonstravam à psicopatologia dos seus pais, Rutter (1979) corroborou as conclusões dos autores anteriores destacando ainda elevados níveis de criatividade, eficácia e competência e, por fim, Murphy e Moriarty (1976) caracterizou as crianças resilientes com grandes capacidades de gestão emocional e interação social.

Na década de 80 foi dada continuidade à investigação, destacando-se Werner e Smith (1982) e alguns dos autores anteriores (e.g.: Garmezy et al., 1984; Rutter's, 1987), até que, nos anos 90, o estudo da resiliência ficou marcado por algumas alterações conceptuais: primeiro a valorização de fatores externos e não apenas de características pessoais; depois a noção de que o conceito de resiliência não é estável ou imutável, varia ao longo do tempo em função das adversidades e dos recursos individuais e/ou externos disponíveis; e, por fim, o reconhecimento de que uma pessoa resiliente pode sentir dificuldades ao ser confrontada com adversidades específicas, i.e., o facto de demonstrar capacidade para lidar com uma determinada situação não justifica veementemente que o consiga fazer perante uma situação com contornos distintos (Luthar, 2006).

Assim sendo, o conceito de resiliência resulta da interação de duas grandes dimensões: a adversidade significativa e a adaptação positiva (Chmitorz et al., 2018; Lou, Taylor & Folco, 2018). Relativamente à, já abordada, adversidade é ainda importante referir que a sua influência não pode ser encarada única e exclusivamente de forma isolada (Gutman et al., 2002). Luthar (2006) refere que Rutter (1979) e Sameroff e os seus colaboradores (e.g.: Gutman, Sameroff, & Cole, 2003; Sameroff, Gutman, & Peck, 2003) abordaram esta temática e concluíram que quando os fatores de risco coexistem têm um efeito cumulativo, logo mais prejudicial comparativamente ao seu efeito isolado.

A adaptação positiva consiste numa adaptação substancialmente melhor do que o esperado face à exposição a uma situação de risco (Lou et al., 2018). Esta adaptação abrange tanto a capacidade de lidar com adversidades do passado como de enfrentar os desafios futuros (Barasa, Mbau & Gilson, 2017; Schofield & Beek, 2014) e a sua análise deve ser baseada em indicadores relevantes, i.e., num contexto familiar em que os pais apresentam um diagnóstico de depressão, o facto dos filhos não apresentarem sintomas depressivos é significativo, o que num contexto distinto pode não ser relevante (Hammen, 2003).

A qualidade desta adaptação está dependente dos mecanismos de proteção, i.e., de recursos individuais e externos que atenuam os efeitos da adversidade (Fritz, Graaff,

Caisley, Harmelen & Wilkinson, 2018; Kelly, 2017; Lou et al., 2018; Malgarim, Santana, Machado, Bastos & Freitas, 2018; Oriol-Bosch, 2012). No que diz respeito às características individuais a literatura destaca a autoestima, a autoeficácia, a autonomia, o temperamento, a regulação emocional, a sociabilidade e uma boa capacidade intelectual (Barankin, 2013; Dolbier, Jaggars & Steinhardt, 2010; Fritz, et al., 2018; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomás & Taylor, 2007; Lou et al., 2018; Oriol-Bosch, 2012; Sapounaa & Wolke, 2013). A nível familiar, um contexto estável e estimulante provido de relações de apoio e de um comportamento parental cuidadoso e responsivo são características de um perfil resiliente (Afifi & MacMillan, 2011; Barankin, 2013; Benzies & Mychasiuk, 2009; Fritz et al., 2018; Jaffee et al., 2007). Um ambiente seguro, o acesso serviços educativos, recreativos e de saúde com qualidade, relações de apoio com os pares e professores, um bom nível socioeconómico e a inclusão e participação social são recursos envolvimento igualmente importantes (Barankin, 2013; Benzies & Mychasiuk, 2009; Gutman et al., 2002; Murray & Farrington, 2010).

Assim sendo, a resiliência é definida como a capacidade de cada indivíduo recorrer a recursos pessoais e contextuais para lidar com as adversidades ao longo do tempo (Bryan, O'Shea & MacIntyre, 2017; Kelly, 2017; Lou et al., 2018; Oriol-Bosch, 2012; Panter-Brick, 2014; Aguilar, Arjona, & Noriega, 2015). Quando as crianças são expostas a elevadas situações de risco e não estão dotadas de recursos internos ou externos que lhes permitam superar as adversidades o seu desenvolvimento fica comprometido (Lou et al., 2018).

2. Enquadramento Legislativo para crianças em risco em Portugal

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), em 1989, é o principal marco histórico na defesa dos direitos da criança, salvaguardando a sua liberdade, dignidade e segurança. De acordo com a CDC, a criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, a não ser que as leis nacionais reconheçam a maioridade mais cedo (artigo 1.º).

A CDC assegura o direito à sobrevivência e desenvolvimento (artigo 6.º), à não discriminação (artigo 2.º), à valorização do interesse da criança em todas as decisões relevantes na sua vida (artigo 3.º) e o direito à educação (artigo 28.º). O CDC conta ainda com Protocolos Facultativos que abordam questões como a venda de crianças, prostituição e pornografia infantis. Desta forma, são garantidas um conjunto de

condições fundamentais para que as crianças possam usufruir das aprendizagens sensório-motoras, cognitivo-linguísticas e socioemocionais inerentes ao seu desenvolvimento (Davies, 2011).

Em Portugal, a CDC foi ratificada em 1990 e nove anos depois a legislação portuguesa criou a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), Lei n.º 147/99, a qual sofreu duas alterações significativas, Lei n.º 31/2003 e Lei n.º 142/2015, e uma ligeira alteração com a Lei n.º 23/2017 que alargou o período de proteção até aos 25 anos.

Assim sendo, a última grande mudança conceptual data o dia 8 de setembro de 2015, Lei n.º 142/2015, tendo sido estabelecido um novo modelo organizacional para o acolhimento em instituição, agora denominado acolhimento residencial, terminando com a distinção entre acolhimento de curta duração e acolhimento prolongado, apresentando duas modalidades de integração, a urgente e a planeada (artigo 51.º).

A LPCJP tem como objetivo promover os direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, garantindo o seu bem-estar e desenvolvimento integral (artigo 1.º). A intervenção pressupõe a existência de situações que coloquem em perigo a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança ou jovem (artigo 3.º), sendo reivindicado que a medida de acolhimento a privilegiar é o acolhimento familiar, particularmente até aos seis anos de idade. O acolhimento residencial obedece a diversos princípios orientadores, nomeadamente o interesse superior da criança, a privacidade, a intervenção precoce, a intervenção mínima, a proporcionalidade e atualidade, a responsabilidade parental, a continuidade das relações psicológicas profundas, a prevalência da família, a obrigatoriedade da informação, a audição obrigatória e a participação e subsidiariedade (artigo 4.º)

Para além da LPCJP, a legislação portuguesa conta ainda com a Lei Tutelar Educativa, Lei n.º 166/99, posteriormente alterada pela Lei n.º 4/2015. Destina-se a todos os jovens entre os 12 e os 16 anos de idade, autores de um facto qualificado pela lei penal como crime (artigo 1.º) e que apresentem necessidades de educação para o direito, com o intuito de promover a sua inserção, de forma digna e responsável, na vida em comunidade (artigo 2.º).

O regime jurídico distingue crianças e jovens em perigo de jovens autores de práticas qualificadas pela lei como crime, no entanto pode ser estabelecida uma ligação entre as duas leis anteriormente mencionadas, sendo o Ministério Público encarregado de comunicar às entidades competentes, em qualquer fase do processo tutelar educativo, situações em que os jovens necessitem de medidas de proteção (artigo 43.º da Lei Tutelar Educativa).

Por fim, destacar a criação da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPCJR), pelo Decreto-Lei n.º159/2015, mais tarde alterado pelo Decreto-Lei n.º 139/2017. A CNPCJR tem como missão contribuir para a planificação da intervenção do Estado e para a coordenação, acompanhamento e avaliação da ação dos organismos públicos e da comunidade na promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens (artigo 3.º).

3. Institucionalização

Como referido anteriormente, o acolhimento familiar é a medida privilegiada no processo de proteção infantil, porém a institucionalização de crianças e jovens em risco é uma realidade frequente.

De acordo com os mais recentes dados do Instituto da Segurança Social, em 2017, o sistema de acolhimento abrangeu um total 10.410 crianças e jovens, das quais 7.553 (73%) terminaram o ano em situação de acolhimento. Nestes casos, verifica-se um ligeiro predomínio do género masculino (53%) e uma clara prevalência de adolescentes entre os 15 e os 17 anos (36%). Lisboa (18%), Porto (17%), Braga (7%) e Setúbal (7%) são as regiões com o maior número de situações de acolhimento. Salientar ainda o facto de 4,582 (61%) crianças e jovens apresentarem características particulares [e.g.: problemas de comportamento (28%) e deficiência mental diagnosticada (8%)] e de existirem apenas 246 situações de acolhimento familiar em 7.553 casos.

Segundo os mesmos dados, o principal fator de risco identificado foi a negligência (71%), principalmente a falta de supervisão e acompanhamento (58%), poucos cuidados de educação que proporcionam o abandono/absentismo escolar (32%), a exposição a modelos parentais desviantes que potencia padrões de condutas desviantes, antissociais e perturbações do desenvolvimento (30,4%) e ainda a negligência ao nível dos cuidados de saúde (29%).

A institucionalização supõe a recriação de um ambiente familiar onde se procura promover o desenvolvimento pessoal e a participação na comunidade das crianças e jovens, no entanto a transição para este novo contexto é um processo difícil (Mota & Matos, 2008). O passado negligente que caracteriza as crianças e jovens que entram no sistema de acolhimento e o processo de separação e perda a que são sujeitas torna indispensável a criação de um contexto terapêutico assente na capacidade de resiliência, já analisada, e no conceito de vinculação (Mota & Matos, 2008; Schofield & Beek, 2014).

De acordo com John Bowlby, o ser humano tem uma predisposição inata para estabelecer uma ligação afetiva com os seus progenitores, estando a qualidade desta ligação diretamente relacionada com o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança (Bowlby, 1969 cit in Dalsant, Truzzi, Setoh, & Esposito, 2015).

Kelly (2017) e Schofield e Beek (2014) sugerem que a vinculação pode ser classificada como segura, evitante, ambivalente ou desorganizada. Nas ligações seguras os cuidadores são disponíveis, sensíveis e responsivos às necessidades do bebé permitindo que este se torne capaz de gerir os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. Já a vinculação evitante caracteriza-se pela falta de disponibilidade física e emocional dos cuidadores que dificulta a expressão e gestão emocional das crianças e inibe a sua interação. No padrão ambivalente, as demandas do bebé são correspondidas esporadicamente e sem previsibilidade, levando as crianças a adotar um padrão comportamental caracterizado pela desconfiança e ambiguidade. Por fim, a vinculação desorganizada consiste na negligência das necessidades do bebé e em respostas hostis, o que torna as crianças inseguras e dificulta a gestão dos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos.

Normalmente, os laços afetivos estabelecidos até à institucionalização são inseguras, logo prejudiciais para o desenvolvimento das crianças e jovens (Pinhel, Torres & Maia, 2009; Schofield & Beek, 2014). A rutura parcial destas ligações pode não ser bem aceite (Andrade, Santos, Costa & Souza, 2014). Surgem sentimentos de perda, abandono e solidão e o confronto com a negligência e insensibilidade parental torna-se ainda mais real (Mota & Matos, 2010). Para além disso, Andrade et al. (2014) salienta o facto de se tratar de um novo contexto, com regras e dinâmicas diferentes, no qual se tem de conviver com estranhos e onde reina a insegurança emocional. Segundo os mesmos autores, esta realidade dificulta o desenvolvimento do sentimento de pertença e pode incitar trajetórias desenvolvimentais desadaptativas.

Assim sendo, o sucesso da institucionalização está dependente da reorganização dos laços de vinculação, i.e., é essencial a criação de novas ligações afetivas que consigam corresponder às necessidades das crianças e jovens (Mota & Matos, 2010; Schofield & Beek, 2014). Estas novas figuras de vinculação são maioritariamente funcionários da instituição e professores, que assumem uma posição de referência e contribuem para a diminuição da sua vulnerabilidade e para o seu desenvolvimento socioemocional (Mota & Matos, 2010).

Alcançar um estado de segurança, quando as bases vinculativas não o permitiram, é um processo complexo (Mota & Matos, 2008). Os funcionários da instituição devem ser

capazes de acolher toda a revolta, raiva e insegurança que é exteriorizada, adotando um comportamento responsivo, estável e de confiança (Mota & Matos, 2008). Assim, é possível superar as consequências desencadeadas pelos modelos de vinculação iniciais e desenvolver uma trajetória idêntica a qualquer outra criança ou jovem que tenha nascido no seio de uma família suportada nos conceitos de resiliência e vinculação segura (Mota & Matos, 2008; Schofield & Beek, 2014).

4. Problemas de Comportamento

A literatura já analisada sugere que o desajuste social de crianças e jovens emerge da supremacia dos fatores de risco perante os fatores de proteção. Nestes casos, a capacidade de resiliência é insuficiente para enfrentar as adversidades e o padrão comportamental adotado coloca em causa a sua adaptação social.

Os problemas de comportamento (PC) são um conceito controverso, a variedade de abordagens acaba por comprometer a sua definição, no entanto é consensual que se caracteriza pela adoção de comportamentos sociais inadequados (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

Segundo Emck (2004), o funcionamento psicomotor das crianças pode dividir-se em três subgrupos psiquiátricos, designadamente as perturbações emocionais, as perturbações do desenvolvimento e as perturbações comportamentais. Este autor sugere ainda que as perturbações comportamentais abrangem manifestações de hiperatividade, problemas de atenção, comportamentos de oposição e agressividade e dificuldades no cumprimento de regras sociais, morais e éticas.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª edição), a perturbação do comportamento está inserida nas Perturbações Disruptivas, do Controlo de Impulsos e do Comportamento, que englobam condições com problemas ao nível do autocontrolo de emoções e comportamentos (APA, 2013). Incluem também os diagnósticos de perturbação de oposição e desafio, perturbação explosiva intermitente, perturbação da personalidade antissocial, piromania, cleptomania e outras perturbações disruptivas, do controlo de impulsos e comportamento não especificados (APA, 2013).

Bolsoni-Silva, Loureiro e Marturano (2011) destacam a proposta de Achenbach e Edelbrock (1979) que classificaram os PC em internalizantes (e.g.: isolamento, ansiedade, depressão e queixas somáticas) e externalizantes (e.g.: impulsividade, desafio e agressão).

O padrão comportamental desadequado tende a surgir na infância e adolescência (APA, 2013) e apresenta um caráter estável ao longo do tempo, sobretudo na vertente

externalizante (Bornstein, Hahn, & Haynes, 2010). Relativamente ao género, os PC estão maioritariamente associados ao género masculino (APA, 2013; Pizato, Marturano & Fontaine, 2014) sendo que quando assolam o género feminino são principalmente internalizantes (Pizato et al., 2014). Por último, referir que existe uma relação inversa entre os problemas de comportamento e as competências socioemocionais das crianças e jovens (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003; Bornstein et al., 2010; Cia & Barham, 2009). Sendo assim, a promoção destas competências deve ser privilegiada na intervenção ao nível dos problemas de comportamento (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

5. Competências Socioemocionais

O desenvolvimento infantil pressupõe um contexto social cada vez mais alargado e significativo (Dereli, 2009). A base dos comportamentos sociais é adquirida bastante cedo, sendo o período pré-escolar uma fase de enorme relevância para potenciar o desenvolvimento socioemocional e, conseqüentemente, a aquisição de um vasto conjunto de competências essenciais para a vida futura (Anthony et al., 2005; Dereli, 2009; Rhoades, Greenberg & Domitrovich, 2009; Taylor, Oberle, Durlak & Weissberg 2017).

O desenvolvimento socioemocional abrange três grandes dimensões: os processos emocionais relacionados com a identificação, compreensão e regulação das emoções e a capacidade de empatia; as habilidades sociais que permitem interpretar pistas sociais e a intencionalidade dos comportamentos, interagir com os outros de forma adequada e adotar comportamentos pró-sociais; e, por fim, a regulação cognitiva que corresponde à capacidade de atenção e de utilização da memória de trabalho para inibir impulsos anteriormente classificados como inapropriados de acordo com o contexto (Jones, Bouffard, & Weissbourd, 2013).

Deste modo, as competências socioemocionais dizem respeito ao conhecimento, atitudes e habilidades inerentes aos processos intra e interpessoais associados ao comportamento pró-social (European Network for Social and Emocional Competence, 2018). Abrangem habilidades colaborativas, de resolução de problemas, de comunicação, de tomada de decisão, gestão do stress, autoconfiança, e regulação emocional (European Network for Social and Emocional Competence, 2018). CASEL (2003) propõe que estas competências se organizam em cinco grandes grupos, o que é apoiado por Denham e Weissberg (2004) e Zins, Bloodworth, Weissberg e Walberg (2007), designadamente a autoconsciência, a consciência social, a autorregulação, as competências relacionais e a tomada de decisão responsável.

Este conceito acarreta uma componente avaliativa do comportamento, i.e., subentende o conhecimento das normas sociais e a capacidade de refletir para agir em conformidade com as mesmas (Anthony et al., 2005; Caballo, 2007; Chen, Li, Li, & Li, 2000; Foster, Reese-Weber & Kahn 2007). Afirmar que um comportamento social é adequado subentende ter em consideração os diferentes contextos, as relações pré-existent e a cultura em questão (Gundersen, 2014; Matos, Nahama, Petit & Sacchi, 2010).

Os contextos familiar e escolar têm uma importância enorme no desenvolvimento destas competências na medida em que são os locais onde as crianças passam a maioria do seu tempo, usufruindo também da consolidação das mesmas (Anthony et al., 2005). A nível familiar, a presença de laços afetivos seguros, o estatuto socioeconómico elevado, a estabilidade conjugal e práticas parentais adequadas contribuem para um bom desenvolvimento socioemocional (Brophy-herb, Lee, Nievar & Stollak, 2007; Morris et al., 2007). Relativamente ao contexto escolar, as competências socioemocionais promovem um bom relacionamento entre pares e com os professores, contribuindo assim para o sucesso escolar uma vez que a interação é a ponte entre a instrução e a aprendizagem (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger, 2011; Elias & Haynes 2008; Gershon & Pellitteri, 2018; Hatzichristou & Lianos, 2016; Zins et al., 2007). Professores e colegas com competências socioemocionais elevadas facilitam o desenvolvimento e consolidação das mesmas (Brophy-herb et al. 2007).

Perante este enquadramento, se estas competências não se encontram devidamente consolidadas o processo de construção da identidade das crianças e jovens é afetado, assim como o desenvolvimento e manutenção de relações duradouras (Cacioppo, 2002). A origem desta instabilidade pode ser percetiva quando existem dificuldades em identificar situações sociais; cognitiva caso as dificuldades se foquem na identificação de objetivos, na previsão de consequências ou na tomada de decisão; ou comportamental se o problema passa por executar as decisões tomadas (Matos et al., 2010). Bornstein et al. (2010) sugerem que os défices no ajustamento comportamental das crianças se expressam por meio de comportamentos externalizantes (problemas de atenção, autorregulação e comportamentos antissociais) ou comportamentos internalizantes (problemas de autoestima, ansiedade, sentimentos de inferioridade, excesso de timidez e hipersensibilidade).

O alargamento do repertório de competências socioemocionais e a sua utilização competente passa por promover a aquisição de ferramentas e estratégias que

promovam a identificação de características e necessidades pessoais, a autoestima, a autoeficácia, a ética e responsabilidade, a identificação, expressão e gestão de emoções, o respeito pelos outros, a empatia, a comunicação e relacionamento interpessoal, a cooperação, resistência à frustração, a identificação de problemas, a análise de estratégias, a definição de objetivos, a gestão de conflitos, a capacidade de reflexão e a tomada de decisões de forma responsável (Dereli, 2009; Matos, Branco, Carvalhosa, Silva & Carvalhosa, 2005; Zins et al., 2007).

Mihic, Novak, Basic e Nix (2016) analisaram o efeito de um programa de promoção de competências socioemocionais e redução de problemas comportamentais e relacionais com 164 crianças, entres os 3 e 6 anos. Os autores verificaram melhorias significativas no comportamento pró-social, regulação emocional, sintomas emocionais e impulsividade. Taylor et al. (2017) realizaram uma meta-análise constituída por 82 estudos que procuravam promover a aprendizagem socioemocional em contexto escolar e observaram melhorias nas competências socioemocionais, atitudes e bem-estar, principalmente em idades inferiores. Em contrapartida, Trentacosta e Fine (2010) concluíram que os benéficos são superiores entre os 9 e 15 anos, tanto na redução de problemas internalizantes como externalizantes.

6. Psicomotricidade na promoção de competências socioemocionais

As competências socioemocionais emergem da interação com envolvimento e sendo o corpo o meio de comunicação entre a criança e o mundo exterior é indispensável integrá-lo na análise do desenvolvimento socioemocional.

Ora, a psicomotricidade reflete na perfeição esta perspetiva e alarga-a a todos os domínios do desenvolvimento. Segundo Fonseca (2010a) a psicomotricidade dá ênfase às influências recíprocas e sistémicas entre o psíquico e o corpo nos seus diversos contextos biopsicossociais, afetivo-emocionais e psicossociocognitivos, A psicomotricidade aborda o homem enquanto corpo, reconhece e valoriza o papel do mesmo como fonte da ação e experiência, tendo em conta as suas características sensoriais, motoras, afetivas, mentais e comportamentais, i.e., a globalidade somatopsíquica que o caracteriza (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). Esta visão holística faz com que a finalidade da psicomotricidade passe por fazer com que qualquer pessoa, com determinadas características individuais, seja o mais funcional possível nos diversos contextos em que está inserida mediante atividades educativas, reeducativas e/ou terapêuticas (Fonseca, 2010a; Fonseca, 2010b).

A psicomotricidade consiste numa terapia de mediação corporal (Morais, 2007) onde o envolvimento ativo e passivo do psicomotricista na procura de uma relação empática, segura e de confiança é essencial no processo terapêutico (Erfer & Ziv, 2006; Raynaud et al., 2007). O tom de voz, o contacto visual, a postura e os gestos do psicomotricista devem expressar aceitação, apoio, respeito e servir de modelo para a criança (Erfer & Ziv, 2006). O reforço positivo tem uma preponderância ainda maior neste contexto, valorizar as conquistas obtidas representa uma forma de interação escassa no dia-a-dia das crianças com problemas socioemocionais e reforça a importância dos comportamentos positivos (Erfer & Ziv, 2006; Naia & Martins, 2006).

O desenvolvimento emocional, comportamental e relacional beneficia de uma intervenção em grupo (Rozo et al., 2014; Smitha, Varghese, Dennis & Vinayan, 2014), na qual devem estar salvaguardadas as necessidades individuais dos vários elementos (Naia & Martins, 2006). Neste contexto, as crianças cuja experiência remete maioritariamente para ambientes físicos e emocionais instáveis/inseguros e com poucas ou nenhuma interação social positiva conheceram uma nova realidade, onde existe a oportunidade de fazer parte de um grupo e se fomenta a aceitação e o reconhecimento das várias individualidades (Erfer & Ziv, 2006).

Neste contexto, a intervenção psicomotora deve ser um espaço no qual, através do corpo, se procura: fomentar as potencialidades e capacidades motoras, cognitivas e socioemocionais; unificar vínculos entre o corpo, a motricidade, a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo; estimular a capacidade adaptativa; possibilitar a estruturação da simbolização; favorecer a ligação da ação à imagem, e da imagem à palavra; e melhorar a percepção das consequências do comportamento, atribuindo-lhes intencionalidade (Fonseca & Martins, 2001; Naia & Martins, 2006).

A intervenção acarreta um forte carácter lúdico, reconhecendo que brincar é o meio de interação predileto da criança e é fundamental no seu desenvolvimento cognitivo, físico, comportamental, social e emocional (Statler, Heracleous & Jacobs, 2011). Assim, a criação de uma atmosfera lúdica no seio da intervenção potencia a significação dada às diferentes experiências por parte das crianças (Martins, 2001). Cañadas, Ayuso, Barreto, Barrera e Madrona (2016) afirmam que os jogos cooperativos são um ótimo exemplo desta realidade, salientando o controlo postural, a imagem corporal, a coordenação motora e as competências sociais junto dos adultos e pares como as principais áreas estimuladas.

O psicomotricista deve também proporcionar às crianças a oportunidade de propor as atividades a realizar, momento em que assume um papel menos preponderante, agindo

mais como mediador para garantir que os objetivos delineados estão realmente a ser trabalhados. (Naia & Martins, 2006). Desta forma, a atividade lúdica e expressiva (e.g.: jogos construtivos, jogos simbólicos, jogos de regras) permite estimular questões relativas à tomada de decisão, comunicação e liderança (Naia & Martins, 2006).

Desta forma, a intervenção psicomotora possibilita um conjunto de vivências que estimulam áreas fulcrais do desenvolvimento socioemocional como a consciencialização dos estados internos, a expressão e regulação emocional, a autoestima, a autorregulação e a comunicação (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010).

Braga, Pereira e Simões (2017) realizam um estudo com 35 crianças em idade escolar, entre os 6 e os 11 anos, com o intuito de analisar o impacto da intervenção psicomotora como estratégia para a promoção de competências socioemocionais. Os autores verificaram melhorias significativas ao nível dos problemas de comportamento e hiperatividade segundo a avaliação dos professores e das crianças, bem como ao nível dos comportamentos pró-sociais mediante a avaliação dos professores e encarregados de educação. Observaram ainda uma melhoria nas competências académicas o que os fez estabelecer uma ligação entre as competências socioemocionais e académicas, tal como já foi mencionado. Cró e Pinho (2017) analisaram o contributo da intervenção psicomotora junto de 151 crianças em idade pré-escolar, entre os 3 e os 5 anos, expostas a diferentes adversidades (e.g.: stress familiar e fraca estimulação) e concluíram, tal como os autores anteriores, que existem melhorias na capacidade de lidar com problemas e no controlo emocional. Assim sendo, a psicomotricidade ao privilegiar o corpo, o movimento, a atividade lúdica, a emoção, a consciencialização e a significação pode ser bastante benéfica na promoção das competências socioemocionais.

7. Envelhecimento

O envelhecimento é um processo gradual, dinâmico e progressivo (Juhel, 2010; Ferreira, Maciel, Silva, Santos, & Moreira, 2010) caracterizado por modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas e sociais que têm repercussões na qualidade de vida das pessoas (Cancela, 2007; Ferreira et al., 2010; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

Os fenómenos biológicos e fisiológicos tornam-se mais evidentes face às consequentes alterações físicas e à diminuição progressiva da eficiência e eficácia dos sistemas biológicos que levam ao aumento da vulnerabilidade do organismo (Barreiros, 2006; Cancela, 2007; OMS, 2015; Steves, Spector & Jackson, 2012). No entanto, o ser

humano não se consegue dissociar do envolvimento, a interação com o mesmo é um pilar fulcral no seu desenvolvimento, logo é natural que este processo também se faça sentir a nível social (OMS, 2015). Estas alterações estão dependentes de um conjunto de fatores genéticos, comportamentais e contextuais específicos de cada um, o que faz com que se atribua um carácter dinâmico, e não estável, ao envelhecimento (Cancela, 2007; Barreiros, 2006; Steves et al., 2012). Assim sendo, esta fase da vida é marcada por um declínio funcional que se manifesta de forma evidente de um ponto de vista psicomotor (Aubert & Albaret, 2001; Barreiros, 2006; Fonseca, 2001) com a particularidade de acontecer no sentido inverso da sua evolução, i.e., da praxia fina à tonicidade (Fonseca, 2001).

A base psicomotora (tonicidade) é maioritariamente caracterizada por um estado de hipertonia o que se traduz numa maior rigidez muscular e menor elasticidade (Juhel 2010). O equilíbrio, seja ele estático ou dinâmico, é influenciado pela degeneração do sistema de controlo postural (menor força muscular e amplitude articular) e pelos défices nos sistemas vestibular, somatossensorial e o visual (Aubert & Albaret, 2001; Barreiros, 2006; Juhel, 2010; Lesinski, Hortobágyi, Muehlbauer & Gollhofer, 2015; Manna et al., 2008). Consequentemente, estas limitações podem interferir com a integração bilateral (lateralidade) e com a noção do corpo da pessoa (Fonseca, 2001).

As alterações na noção corporal não são tão preponderantes como nos restantes fatores (Fonseca, 2001), contudo tanto o conhecimento concreto que a pessoa tem do seu próprio corpo (esquema corporal) como a perceção do mesmo (imagem corporal) sofrem algumas modificações (Juhel, 2010). Faça às limitações na receção e tratamento de informação propriocetiva a consciencialização das diferentes partes do corpo e do seu movimento é afetada (Barreiros, 2006). Já a imagem corporal é influenciada pelas alterações físicas e pela perda de funcionalidade inerentes ao envelhecimento (Juhel, 2010). Relativamente à estruturação espaciotemporal destacam-se as dificuldades de orientação que interferem com a relação com o envolvimento, bem como na reprodução de figuras geométricas, na perceção de ritmos e na sequencialização de ações (Aubert & Albaret, 2001; Juhel, 2010).

A motricidade global que consiste na programação, regulação e verificação da ação é igualmente afetada na medida em que necessita a interação dos fatores psicomotores já mencionados (Fonseca, 2010a). Assim sendo, haverá repercussões tanto na velocidade como na eficácia de movimentos como andar e agarrar ou pontapear um objeto (Barreiros, 2006; Juhel, 2010). Por fim, destacar as complicações ao nível da motricidade fina (Carment et al., 2018; Mirakhorlo, Maas & Veeger 2018), i.e., na realização de movimentos de manipulação de objetos, cuja execução está dependente

da programação, regulação e verificação de movimentos mais finos e de um controlo visual elevado (Fonseca, 2010a). Os défices sensoriais, já mencionados, interferem com este tipo de ações (Carment et al., 2018). A precisão, força e independência dos movimentos dos dedos diminuem (Lindberg, Feydy & Maier 2010; Mirakhorlo et al., 2018; Sommervoll, Ettema & Vereijken, 2011). Juhel (2010) destaca as dificuldades ao nível da preensão de objetos e percepção de texturas.

O envelhecimento é também caracterizado pelo declínio cognitivo, particularmente na memória de trabalho e atenção (APA, 2013; Blasco & Ribes, 2016; klencklen, Lavenex, Brandner & Lavenex, 2017; Lubitz, Niedeggen & Feser 2017; Mok, Myers, Wallis & Nobre 2016; Van Gerven & Guerreiro, 2016), cuja expressão é superior no género masculino (Pliatsikas et al. 2018). As consequências sociais dizem respeito a alterações nas atividades de vida diária, papéis sociais desempenhados e relações interpessoais (Calenti, 2011). Estas tendem a diminuir consideravelmente culminando, muitas vezes, no isolamento social que contribui para o declínio do bem-estar físico e mental (Olalla, 2009; World Health Organization [WHO], 2002).

8. Envelhecimento Ativo

Atendendo à inevitabilidade do envelhecimento, ao aumento da sua expressão demográfica e às condicionantes que acarreta torna-se indispensável proporcionar aos idosos condições que potenciem a sua adaptação e qualidade de vida (Guiomar, 2010; WHO, 2002). A qualidade de vida diz respeito à percepção pessoal relativa à posição que se ocupa na sociedade, tendo em conta as suas características, objetivos, expectativas e preocupações (Schalock, Keith, Verdugo e Gómez, 2011).

Perante esta realidade emergiu o conceito de envelhecimento ativo que corresponde ao processo de otimização do conjunto de respostas/oportunidades de saúde, participação e segurança à medida que as pessoas envelhecem com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida (WHO, 2002). A palavra “ativo” surge com o objetivo de realçar a importância da participação social contínua dos idosos, atribuindo a este conceito uma visão ecológica na medida em que contempla tanto as condições de saúde como os fatores ambientais (Foster & Walker, 2014; WHO, 2002). Paúl (2017) corrobora a importância da participação cívica dos idosos afirmando que é indispensável incentivá-la através de relações, espaços e equipamentos sociais diversificados, seguros e acessíveis.

O envelhecimento ativo está dependente da interação de um conjunto de determinantes, nomeadamente: pessoais; comportamentais; económicos; sociais; serviços sociais e de saúde; e o ambiente físico (WHO, 2002). Assim sendo, existe um conjunto de fatores

que caso estejam presentes podem assumir um papel mediador ou emergir deste processo ativo de promoção da qualidade de vida, tais como a responsabilidade pessoal, o suporte familiar, relações interpessoais significativas, a solidariedade social, os ambientes acessíveis, entre outros (Paúl, 2017; WHO, 2002).

Envelhecer com uma percepção positiva sobre o papel desempenhado na sociedade está dependente da manutenção da autonomia e independência, a preservação das capacidades funcionais que permitem tomar decisões e realizar atividades significativas sem estar dependente do outro é essencial para a qualidade de vida dos idosos (Guiomar, 2010; WHO, 2002).

9. Gerontopsicomotricidade

Como foi referido, é fundamental disponibilizar um leque diversificado de recursos que deem resposta às necessidades do envelhecimento e a psicomotricidade pode ser um recurso válido na procura de um envelhecimento ativo e por conseguinte, na promoção da qualidade de vida.

A Gerontopsicomotricidade (GPM) é uma terapia não farmacológica (Faddoul et al., 2017; Morais, 2007), de mediação corporal (Morais, 2007) e com uma visão holística do ser humano (Faddoul et al., 2017; Olalla, 2009). Esta visão atribuiu, inevitavelmente, contornos específicos à intervenção em função das características da população, logo a GPM respeita as alterações biológicas resultantes do envelhecimento (dimensão biológica), tem em consideração as modificações ao nível da atenção, memória, aprendizagem e personalidade (dimensão psicológica), contempla as mudanças nas estruturas e nos papéis sociais e as transformações culturais (dimensão sociocultural), e valoriza as alterações corporais referentes ao corpo real e à sua percepção (dimensão corporal) (Tuzzo & Demarchi, 2007).

Os objetivos gerais da GPM passam por criar fatores de proteção e hábitos saudáveis, minimizar os fatores de risco para um envelhecimento prematuro e disfuncional, fomentar o envelhecimento ativo e potenciar o nível de funcionalidade (Madera, 2005; Nuñez & González, 2001; Tuzzo & Demarchi, 2007). Fonseca (2001) corrobora esta perspetiva afirmando que a intervenção psicomotora com idosos visa contrariar a retrogênese psicomotora através de: atividades de estimulação vestibular e propriocetiva; técnicas de relaxação; atividades estáticas e dinâmicas de equilíbrio; momentos de integração somatognósica e simbolização corporal; dinâmicas lúdicas de atenção e memória; atividades de organização espacial e temporal; momentos de verbalização e programação; atividades de elaboração e planificação; entre outras.

A GPM baseia-se em experiências de bem-estar corporal e emocional que estimulam a consciência corporal e alargam o leque de sensações, movimentos e relações com a finalidade de desenvolver a identidade corporal e psíquica (Montanés & Brochirt Kist, 2011; Olalla, 2009). Este espaço de vivências sensório-motoras incentiva a valorização do corpo (Montanés & Brochirt Kist, 2011), a redescoberta do prazer pelo movimento (Olalla, 2009; Tuzzo & Demarchi, 2007), a criatividade, a espontaneidade (Morais, 2007) e a verbalização (Montanés & Brochirt Kist, 2011). Concluindo, a GPM recorre à expressão corporal para promover o desenvolvimento motor, cognitivo, afetivo e social dos idosos (Castiglia, Pires & Boccardi, 2016).

Desta forma, a intervenção psicomotora recorre ao movimento terapêutico para reduzir a tensão muscular (Kagawa et al., 2013; Kwakkel, Veerbeek, van Wegen & Wolf, 2015), e promover a manutenção de um tônus funcional (Tuzzo & Demarchi, 2007). O controlo respiratório e a consciencialização de diferentes sensações (e.g.: peso e calor) e estados musculares (e.g.: contração e descontração) através da relaxação contribuem de igual modo para o desenvolvimento do alicerce tónico (Juhel, 2010). De acordo com Segev-Jacubovski et al. (2011) o equilíbrio é beneficiado pelo desenvolvimento tónico e pela estimulação das funções executivas. Os mesmos autores afirmam que o tempo de reação é determinante uma vez que se o início da resposta postural for lento a probabilidade de um ajuste postural bem-sucedido é inferior (Segev-Jacubovski et al., 2011).

Relativamente à noção do corpo, Ambolt, Gard e Hammarlund (2016) afirmam que a promoção de sensações de segurança e bem-estar ganham ainda mais relevância a este nível, para que a consciencialização corporal desenvolvida seja, por sua vez, uma fonte de bem-estar (Madera, 2005). O movimento e respetiva consciência do corpo no espaço estimulam o desenvolvimento do esquema corporal (Juhel, 2010). Madera (2005) realça ainda a pertinência da relaxação a este nível defendendo que existe uma relação clara entre a consciencialização corporal e a relaxação muscular.

Jiménez e Garcia (2011) defendem que o movimento é também exímio na estimulação da estruturação espacial. A imitação de gestos, os deslocamentos e a orientação do deslocamento do outro são algumas das atividades relevantes. Os autores referem que quando o movimento é associado ao ritmo, à música e à dança permite abordar as questões relativas à estruturação temporal. O contributo dos jogos de mesa na estimulação das habilidades espaciais é também salientado pelos autores e por Nuñez e González (2001) que destacam a utilização do tangram.

Os jogos de mesa permitem ainda estimular as habilidades manipulativas referentes à motricidade fina (Jiménez & Garcia, 2011). Neste domínio a intervenção deve contemplar a coordenação, a precisão e a dissociação dos movimentos finos (Juhel, 2010) onde desenhar, colorir, manusear plasticinas, fios e tesouras podem também integrar as atividades a realizar (Nuñez & González, 2001). Relativamente à motricidade global (e.g.: andar, pontapear, lançar) a intervenção psicomotora promove atividades que estimulem a coordenação e dissociação de movimentos, a coordenação dos membros superiores e inferiores e o controlo da marcha (Jiménez & Garcia, 2011; Juhel, 2010), sendo a utilização de circuitos bastante útil a este nível (Aubert & Albaret, 2001).

A intervenção contribui também para atenuar o declínio cognitivo característico do envelhecimento, promove o aumento da capacidade de atenção (Nuñez & González, 2001) e estimula a memória de trabalho, i.e., a capacidade de armazenamento e manipulação de informação (Baddeley, 2012), através de atividades de associação e memorização de palavras, imagens e formas (Gonçalves, 2012).

A GPM agrega ainda a dimensão socioemocional, sendo maioritariamente em grupo a intervenção é um espaço onde emerge a valorização e reconhecimento do outro e do meio e se promovem as relações interpessoais (Morais, 2007; Tuzzo & Demarchi, 2007). Em grupo, as vivências corporais são a ponte para os idosos se conhecerem e se darem a conhecer tal como os momentos de diálogo, nos quais o psicomotricista deve desempenhar um papel facilitador na reflexão individual e conjunta (Castiglia et al., 2016). Esta organização desenvolve o sentimento de prazer por se ser parte integrante de um grupo, promove a comunicação, estimula a cooperação e facilita a partilha de emoções (Castiglia et al., 2016). Nuñez e González (2001) afirmam que a intervenção psicomotora nesta faixa etária permite alcançar melhorias psicoafetivas significativas, sobretudo nos níveis de autoestima e motivação, aumentando consequentemente a sua capacidade relacional. Os autores sugerem ainda que existe uma relação entre as melhorias funcional já mencionada e os benefícios socioemocionais.

B) Enquadramento Institucional e Legal

No enquadramento institucional e legal são apresentadas as diversas instituições nas quais decorreram as atividades do estágio curricular, no que diz respeito à sua localização, organização interna, recursos existentes e enquadramento legal subjacente.

1. Junta de Freguesia de Belém

A Freguesia de Belém surge, mediante a aprovação do decreto-lei nº. 56 /2012 de 8 de novembro, como uma nova entidade administrativa que engloba as antigas Freguesias de Santa Maria de Belém e de São Francisco Xavier. A junta de Freguesia de Belém disponibiliza aos seus habitantes serviços de carácter social, religioso, cultural, desportivo, educacional e de saúde (Junta de Freguesia de Belém [JFB], 2018a). O estágio curricular foi inserido nos serviços de ação social, especificamente no Programa Intervir.

1.1. Programa Intervir

O Programa Intervir surgiu de um programa Municipal da Direção Municipal de Habitação e Desenvolvimento Social de Lisboa que tinha o propósito de promover e conceder apoio técnico e financeiro exclusivamente às Juntas de Freguesia de Lisboa que apresentem candidaturas de projetos de prevenção de comportamentos de risco e de promoção de estilos de vida saudáveis. Atualmente o mesmo decorre de forma autónoma na Junta de Freguesia de Belém, mantendo os anteriores pressupostos no âmbito da delegação de competências.

O estágio curricular foi inserido em dois dos projetos deste programa, nomeadamente os “Afetos na Escola” e a “Psicomotricidade” que decorreram nas escolas e jardins de infância do Agrupamento de Escolas do Restelo e ainda no Centro de Dia da Cruz Vermelha São Francisco Xavier.

1.1.1. Afetos na Escola

Este projeto consiste no treino de competências socioemocionais em contexto de sala de aula com turmas do 1º ciclo e em Jardins-de-Infância com os finalistas do pré-escolar (JFB, 2018b). É coordenado pelas psicólogas da Junta de Freguesia de Belém (Dr.^a Catarina Abreu, Dr.^a Ana Morato e Dr.^a Marta Barreiros) e tem como principais objetivos a prevenção de comportamentos de risco e a promoção de competências essenciais para lidar com as diversas situações e adversidades do quotidiano (e.g.: autoconceito, autoestima, medo, amizade, respeito, emoções, cooperação) (JFB, 2018b).

1.1.2. Psicomotricidade

O projeto em questão é, por sua vez, constituído por diferentes projetos que abrangem os contextos escolar, pré-escolar e centro de dia. O projeto “Psicomotricidade na Escola” tem como objetivo promover a adaptação socioemocional e o desenvolvimento global de crianças do 1ºciclo com problemas de comportamento, já o projeto “Sonhar

Acordado” é de carácter preventivo, realiza-se em jardins de infância e agrega à promoção de competências socioemocionais uma forte componente de relaxação e consciencialização dos estados tónicos (JFB, 2018b).

Relativamente ao centro de dia, a intervenção realiza-se no Centro de Dia da Cruz Vermelha de São Francisco Xavier, em Caselas. Os Centros de Dia são estruturas abertas à comunidade que integram um conjunto de serviços e atividades polivalentes, que permitem aos idosos manterem-se no seu contexto familiar e social, com o intuito de prevenir e retardar os efeitos do processo de envelhecimento, contemplando a satisfação das necessidades básicas, a manutenção da autonomia e melhoria da qualidade de vida. Neste sentido, a intervenção rege-se por estes objetivos apresentando, como os restantes projetos, enfoque no desenvolvimento socioemocional dos gerentes.

2. Casa da Fonte

A crescente complexidade das situações das crianças e jovens que chegam ao radar do sistema de acolhimento residencial e as recentes alterações legislativas relativas à Lei de Promoção e Proteção ditaram a necessidade de implementar algumas mudanças no âmbito da intervenção no Acolhimento Residencial na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). O Projeto Care – Capacitar, Autonomizar, Reconfigurar e Especializar – veio dar resposta a esta realidade tendo como pressupostos (Direção de Infância, Juventude e Família [DIIJF], 2018):

- Instalações adaptadas às necessidades da intervenção terapêutica, próximas de um ambiente familiar;
- Casas de Acolhimento (CA) de pequenas dimensões e lotação;
- Intervenção educativa garantida por profissionais qualificados e com a dotação adequada;
- Utilização dos recursos da comunidade;
- Visão integrada e integradora das famílias (com exceção dos casos em que seja nocivo para a criança ou jovem);
- Dinamização efetiva e sistemática dos projetos de vida das crianças e jovens (integração/reintegração familiar, adoção e autonomização).

O modelo de acolhimento atual pretende ter uma intencionalidade terapêutica e transformadora, assente em pressupostos defendidos no manual de intervenção de forma a aumentar a coerência de intervenção (DIIJF, 2018).

Assim sendo, a Casa da Fonte é uma CA situada em Oeiras que, atualmente, acolhe 19 crianças e jovens, entre os 7 e os 17 anos. Integra uma das Unidades de Acolhimento Residencial (UAR) geridas pela DIIJF cujo objetivo passa por administrar de forma transversal e integrada os vários serviços, equipamentos, equipas, programas e projetos de promoção e proteção de crianças e jovens e capacitação das respetivas famílias (DIIJF, 2018).

Enquanto CA pretende assegurar o acolhimento de crianças e jovens em risco, bem como promover os direitos e a proteção das mesmas, proporcionando respostas ao nível da educação, saúde, bem-estar e um apoio individualizado para potenciar o seu desenvolvimento integral e inclusão na comunidade (DIIJF, 2018).

Relativamente à organização é proposta a todas as CA um modelo organizacional circular, de hierarquias esbatidas, no qual o diretor técnico assume um papel central na “liderança emocional, motivação, coordenação, supervisão e coesão da Equipa na cultura organizacional da Casa”, nomeadamente nas três principais áreas de trabalho: área de apoio (e.g.: arrumação, limpeza e alimentação); área educativa e terapêutica (e.g.: gestão quotidiana, acompanhamento educativo e de saúde, elaboração de experiências emocionais e coordenação da execução dos Planos de Intervenção Individual [PII]); e a área de diagnóstico e projeto de Vida (e.g.: acompanhamento de proximidade às famílias, diagnóstico da realidade familiar e psíquica da criança ou jovem, participação nos PII, coordenação dos Planos de Intervenção com a Família [PIF]) (DIIJF, 2018). É fundamental, neste modelo, a articulação próxima e constante entre a equipa, bem como uma comunicação aberta e eficaz.

Desta forma, a Casa da Fonte apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por uma diretora técnica, uma psicóloga, uma assistente social, quatro educadores, nove auxiliares de educação (dois psicomotricistas), quatro auxiliares de serviços gerais, duas cozinheiras e um motorista. O objetivo passa por acolher no máximo 12 crianças e jovens reduzindo naturalmente os elementos da equipa técnica (cinco educadores, cinco auxiliares de educação dois auxiliares gerais, duas cozinheiras e um motorista).

Parte II – Realização da Prática Profissional

Neste capítulo é apresentada a prática profissional de forma a clarificar a intervenção realizada no estágio curricular que teve início em outubro de 2017 e terminou em junho de 2018. Durante os nove meses a intervenção ocorreu em contexto escolar, pré-escolar, institucional e em centro de dia. O horário da prática profissional sofreu algumas alterações em fevereiro de 2018 face às características de alguns dos projetos de intervenção que serão escrutinadas mais à frente. Assim sendo, são apresentados os dois horários adotados ao longo do estágio curricular na figura 1 e 2.

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
			SA_BB1 (9.30h-10h)	
	G_CD (10.45h-11.45h)	G_BR1 (11h-12h)	SA_BB2 (10h-10.30h)	
G_MR1 (12.15h-13.15h)		G_BR2 (12h-13h)	SA_BB3 (10.30h-11h)	
			SA_BB4 (11h-11.30h)	
G_MR2 (14.15h-15.15h)	G_C (14h-15h)	I_CF1 (15h-16h)	Afetos 1ºano (12h-13h)	
		G_CF1 (16h-17h)		G_CF2 (17.30h-18.30h)
		I_CF2 (17.30h-18.30h)	Afetos 2ºano (14.30h-15.30h)	G_CF3 (18.30h-19.30h)

Figura 1 - Horário da intervenção (outubro de 2017 – fevereiro de 2018)

Numa fase inicial, as sessões de Psicomotricidade na Escola realizaram-se com grupos (G) de três escolas do Agrupamento de Escolas do Restelo, nomeadamente na EB1 Bairro do Restelo (BR), EB 1 de Caselas (C) e EB1 Moinhos do Restelo (MR). As duas primeiras escolas foram ainda o local do projeto “Afetos na Escola”, em turmas do 1º e 2º ano respetivamente. A intervenção em contexto institucional decorreu na Casa da Fonte (CF) individualmente (I) e em grupo (G), o projeto Sonhar Acordado (SA) ocorreu no Jardim de Infância Bairro de Belém (BB) e realizou-se ainda intervenção em grupo (G) no Centro de Dia S. Francisco Xavier (CD).

2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira	6ªfeira
	SA_CA (9.15h-10.15h)	I_C (9.30h-10.30h)	SA_M1 (9.30h-10h)	
	G_CD (10.45h-11.45h)	G_BR1 (11h-12h)	SA_M2 (10h-10.30h)	
G_MR1 (12.15h-13.15h)		G_BR2 (12h-13h)	SA_M3 (10.30h-11h)	
G_MR2 (14.15h-15.15h)	G_C (14h-15h)			
		G_CF1 (16h-17h)		I_CF3 (16.30h-17.15h)
		I_CF2 (17.30h-18.30h)		G_CF2 (17.30h-18.30h)
				G_CF3 (18.30h-19.30h)

Figura 2 - Horário da intervenção (fevereiro de 2018 – junho de 2018)

No restante período, os Afetos na escola terminaram para os primeiros dois anos de escolaridade e o psicomotricista estagiário não integrou o projeto com as turmas do 3º e 4º ano. O projeto Sonhar Acordar (SA) foi concluído no jardim de Infância inicial e começou no Jardim de Infância de Caselas (CA) e no Jardim de Infância dos Moinhos do Restelo (M). Relativamente ao contexto institucional na Casa da Fonte (CF) a intervenção com o caso (I_CF1) cessou e iniciou-se outro caso (I_CF3). Por fim, foi solicitada o acompanhamento individual (I) de um caso na EB1 de Caselas (C).

A) Psicomotricidade na Escola

A Psicomotricidade na Escola desenvolveu-se nas escolas supramencionadas, através de sessões em grupo e em contexto individual com uma criança da EB1 de Caselas, com frequência semanal e duração de 60 minutos.

A intervenção realizada respeitou o programa de promoção de competências socioemocionais utilizado pela orientadora local. Este resultou da análise de alguns programas, nomeadamente o programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais (TCPS) concebido através de um projeto de investigação pela Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (APCO) em 2005/2006 (Canha & Neves, 2005) e o Currículo Europeu para a Resiliência (RESCUR), desenvolvido através de articulação de 5 países

européus, num projeto de três anos (2012-2015). A estrutura do programa em questão está presente na tabela seguinte.

Tabela 1 – Programa de Competências Socioemocionais

Consciência Pessoal e Social	
Consciência Pessoal	Identidade e Descoberta
	Autorrepresentação
	Consciência corporal
	Autoeficácia
Consciência Social	Empatia
	Ética, responsabilidade e comportamento moral
Comportamento Social	
Comportamento Verbal e Não-verbal	Comunicação verbal
	Comunicação não-verbal
	Observar e Interpretar
	Reconhecer barreiras atitudinais
Assertividade e Regulação do Comportamento	Expressar sentimentos e necessidades
	Defender-se a si próprio
	Resistência à frustração
	Alternativas à agressividade
	Gestão de situações de conflito
Planeamento e Estratégias Relacionais	
Relações interpessoais	Fazer e ter amigos
	Estar em grupo
	Cooperação
	Comportamento pró-social
Resolução de Problemas	Reconhecimento de um problema
	Definição de objetivos
	Identificação e avaliação de alternativas
	Tomada de decisão/Agir

O programa apresenta três temas centrais, nomeadamente a Consciência Pessoal e Social, o Comportamento Social e o Planeamento e Estratégias Relacionais. Cada um deles é constituído por dois domínios que, por sua vez, abrangem diferentes áreas do desenvolvimento socioemocional.

1. Intervenção em Grupo

1.1. Caracterização do Grupo

A constituição dos grupos já se encontrava estabelecida sendo dada continuidade ao trabalho desenvolvido pela orientadora local nos anos anteriores. Deste modo, o psicomotricista estagiário orientou, juntamente com a orientadora local, a intervenção com cinco grupos (tabela 2).

Tabela 2 - Grupos de Intervenção em contexto escolar

	Constituição	Horário de intervenção
G_MR1	GS/GD/BV/MC (3º ano)	segunda-feira (12.15h-13.15h)
G_MR2	FC/FA/RO/AG (3º ano)	segunda-feira (14.15h-15.15h)
G_C	BB/DG/AC/TP/IV (4º ano)	terça-feira (14h-15h)
G_BR1	DH/DF/S/DF/HP (3º ano)	quarta-feira (11h-12h)
G_BR2	AD/DM/LS/TP (4º ano)	quarta-feira (12h-13h)

A análise da intervenção realizada com os grupos MR1, MR2 e BR1 foi condicionada pela falta de colaboração dos professores no momento de avaliação final. Dos grupos restantes, serão analisados os resultados do grupo BR2 na medida em que usufruído de melhores condições a nível do espaço e materiais. Este é constituído por quatro crianças de 9 anos, do género masculino, que pertencem à mesma turma do 4º ano da escola EB1 Bairro do Restelo. Tinham um bom relacionamento, passavam a maioria dos intervalos juntos e demonstravam entusiasmo para realizar as sessões de psicomotricidade, usufruindo das mesmas desde o 1º ano de escolaridade.

1.2. Caracterização dos Instrumentos

A avaliação da intervenção realizou-se através da aplicação da Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). O SDQ é um questionário de despistagem que pretende avaliar o ajustamento psicológico, emocional, comportamental e social de crianças e jovens com idades entre os 4 e os 16 anos (Goodman, 1997; Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000). Encontra-se traduzida em mais de 40 idiomas (Goodman et al., 2000) e em português, denomina-se Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) (Saur & Loureiro, 2012). É composto por 25 itens, divididos em cinco domínios (com cinco itens cada): sintomas emocionais (SE), problemas de comportamento (PDC), hiperatividade (H), problemas de relacionamento com colegas (PRC) e comportamento pró-social (CPS). Apresenta três versões, para serem respondidas pelas crianças (acima de 11 anos), pelos pais ou responsáveis e pelos professores.

Trata-se de um instrumento de aplicação rápida e a cotação de cada um dos itens realiza-se mediante uma escala de *likert* de 3 pontos, na qual 0 corresponde a “não é verdade”, 1 a “é um pouco verdade” e 2 “é muito verdade” (Goodman, 1997). A soma de cada escala permite obter uma classificação das crianças em três níveis: normal, limítrofe e anormal. O total de dificuldades calcula-se pela soma das referidas escalas com exceção da escala comportamentos pró-sociais, podendo variar entre 0 e 40 pontos (Saur & Loureiro, 2012). As diversas versões incluem também um “Suplemento de Impacto”, desenvolvido para obter informações adicionais como a existência de problemas, a cronicidade e o impacto dos mesmos nos outros (Goodman, 1999).

A Tabela 3 apresenta os valores de categorização do SDQ, necessários para a compreensão dos resultados obtidos após a aplicação do instrumento.

Tabela 3 - Valores de categorização do SDQ

	Professores			Pais			Crianças		
	Normal	Limítrofe	Anormal	Normal	Limítrofe	Anormal	Normal	Limítrofe	Anormal
SE	0-4	5	6-10	0-3	4	5-10	0-5	6	7-10
PDC	0-2	3	4-10	0-2	3	4-10	0-3	4	5-10
H	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10	0-5	6	7-10
PRC	0-3	4	5-10	0-2	3	4-10	0-3	4-5	6-10
CPS	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4	6-10	5	0-4
Total de Dificuldades	0-12	12-15	16-40	0-13	14-16	17-40	0-15	16-19	20-40

1.3. Contexto de Intervenção

As sessões realizaram-se no ginásio da EB1 Bairro do Restelo e os materiais utilizados pertenciam maioritariamente à escola (e.g.: coleções, bolas, bastões, cordas, pinos e arcos) tendo também sido usado algum material da junta de freguesia de belém (e.g.: papel, canetas, lápis, colas, bolas, dados).

1.4. Condições e Procedimentos de Avaliação

A avaliação informal consistiu na observação realizada nas primeiras sessões de forma a conhecer as dinâmicas do grupo e as características específicas das quatro crianças. O grupo era bastante heterogéneo, o comportamento do DM era moldado pela expressão frequente de queixas somáticas e preocupações que prejudicavam o seu envolvimento nas sessões e a interação com grupo. Já os restantes elementos apresentavam um comportamento externalizante, mas com algumas diferenças. Enquanto a impulsividade do AD se manifestava pela dificuldade em controlar a partilha

de pensamentos e opiniões que, muitas das vezes, não se enquadravam nas atividades, o LS e o TP eram muito agitados e tinham dificuldades em controlar o seu comportamento. Salientar também que as dificuldades de atenção estavam presentes nestes três elementos.

A avaliação formal decorreu consoante o que era praticado no local, resultando da aplicação do questionário do SDQ direcionado para os professores. Ocorreu em dois momentos distintos, no início da intervenção para que fossem definidos objetivos relevantes de acordo com a informação obtida, e no final da mesma com o intuito de estabelecer uma comparação entre os períodos pré e pós intervenção.

1.5. Planeamento da Intervenção

O planeamento da intervenção projetava a realização de 25 sessões, das quais se realizaram 21 em virtude de momentos de avaliação e atividades escolares. A sua maioria contou com a presença da orientadora local e do psicomotricista estagiário, salvo raras exceções. Os objetivos gerais e específicos foram definidos em conjunto com a orientadora local tendo em consideração o conhecimento prévio da orientadora local e respetivo trabalho já desenvolvido, a avaliação inicial e a forte possibilidade de iniciarem uma nova etapa no final do ano letivo ao mudarem de escola para frequentar o 5º ano. Os objetivos gerais incidiram na resolução de problemas e no desenvolvimento da consciência pessoal e social, regulação do comportamento e relações interpessoais. Os objetivos específicos foram delineados com o intuito de responder às necessidades específicas de cada criança, tal como sugerem Naia e Martins (2006), e são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 - Objetivos específicos da intervenção com o grupo BR2

Elementos do Grupo	Objetivos Específicos
AD	Diminuir a impulsividade
	Melhorar o reconhecimento de problemas
	Estimular a definição de objetivos e alternativas
	Fomentar a avaliação das alternativas
	Promover a tomada de decisão responsável
DM	Aumentar a capacidade de atenção seletiva e sustentada
	Promover a autoeficácia
	Estimular a autoestima
	Estimular a empatia
	Estimular a cooperação
	Promover a tomada de decisão responsável

LS	Diminuir a impulsividade
	Melhorar o reconhecimento de problemas
	Estimular a definição de objetivos e alternativas
	Fomentar a avaliação das alternativas
	Promover a tomada de decisão responsável
TP	Aumentar a capacidade de atenção seletiva e sustentada
	Diminuir a impulsividade
	Promover a autoeficácia
	Melhorar o reconhecimento de problemas
	Estimular a definição de objetivos e alternativas
	Fomentar a avaliação das alternativas
	Promover a tomada de decisão responsável
	Aumentar a capacidade de atenção seletiva e sustentada

Relativamente à organização das sessões, a tabela seguinte sintetiza a informação relativa aos seus diferentes momentos.

Tabela 5 - Organização das sessões em contexto escolar

Momentos da Sessão		Objetivos
Inicial	Entrada	Cumprimento das regras sociais
	Diálogo Inicial	Perceção dos estados tónico-emocionais das crianças
		Partilha de vivências e memórias
Intermédio	Atividades	Promover os objetivos estabelecidos
		Promover a manutenção das capacidades adquiridas
	Retorno à calma	Promover a regulação tônica e a descontração muscular
Final	Diálogo Final	Promover a reflexão e expressão emocional relativa às atividades realizadas
		Promover a reflexão comportamental
	Saída	Cumprimento das regras sociais

As atividades realizadas eram na sua maioria criadas pelo grupo de crianças (e.g.: construção de casas, restaurantes e parques de diversões). O psicomotricista estagiário e a orientadora local assumiam um papel mediador para que, como sugerem Naia e Martins (2006), os objetivos delineados fossem abordados.

1.6. Apresentação e Discussão dos Resultados

Tendo em conta a dimensão reduzida da amostra, os resultados serão apresentados individualmente de forma a obter uma análise mais compreensiva da evolução dos casos envolvidos na intervenção.

Tabela 6 - Resultados do AD (grupo BR2)

		Professor	
		A. Inicial	A. Final
AD	Sintomas Emocionais	Normal	Normal
	Problemas de Comportamento	Anormal	Normal
	Hiperatividade	Anormal	Limítrofe
	Problemas de Relacionamento	Normal	Normal
	Comportamento Pró-social	Normal	Normal
	Total de Dificuldades	Anormal	Normal

A avaliação inicial do AD demonstra uma forte manifestação externalizante por meio de problemas de comportamento e hiperatividade. O professor não identifica problemas nos restantes domínios, resultando assim um perfil anormal da avaliação realizada. Após o período de intervenção as dificuldades anteriormente observadas ao nível dos problemas de comportamento deixaram de existir e no domínio da hiperatividade é indicada uma menor expressão das mesmas. Deste modo, e não existindo alterações nos restantes parâmetros avaliados, o perfil do AD passou a ser normal.

Tabela 7 - Resultados do DM (grupo BR2)

		Professor	
		A. Inicial	A. Final
DM	Sintomas Emocionais	Anormal	Anormal
	Problemas de Comportamento	Normal	Normal
	Hiperatividade	Normal	Normal
	Problemas de Relacionamento	Normal	Limítrofe
	Comportamento Pró-social	Normal	Normal
	Total de Dificuldades	Normal	Limítrofe

Relativamente ao DM, os sintomas emocionais são a única fonte de preocupação para o professor no primeiro momento de avaliação, domínio em que obteve uma avaliação anormal. Posteriormente, não se verificaram quaisquer melhorias e são ainda identificados alguns problemas de relacionamento o que promove um perfil limítrofe após a intervenção.

Tabela 8 - Resultados do LS (grupo BR2)

		Professor	
		A. Inicial	A. Final
LS	Sintomas Emocionais	Normal	Normal
	Problemas de Comportamento	Anormal	Normal
	Hiperatividade	Anormal	Anormal
	Problemas de Relacionamento	Normal	Normal
	Comportamento Pró-social	Normal	Limítrofe
	Total de Dificuldades	Anormal	Limítrofe

À semelhança da avaliação do AD, também o LS apresenta um perfil anormal caracterizado por grandes défices nos domínios externalizantes, nomeadamente os problemas de comportamento e a hiperatividade. Os resultados finais evidenciam que os problemas de comportamento deixaram de ser observados, porém a avaliação da hiperatividade mantém-se e o domínio do comportamento pró-social passou a ser limítrofe. Deste modo, o perfil anormal, relativo à avaliação inicial, passou a ser limítrofe.

Tabela 9 - Resultados do TP (grupo BR2)

		Professor	
		A. Inicial	A. Final
TP	Sintomas Emocionais	Anormal	Limítrofe
	Problemas de Comportamento	Anormal	Limítrofe
	Hiperatividade	Anormal	Anormal
	Problemas de Relacionamento	Normal	Normal
	Comportamento Pró-social	Normal	Normal
	Total de Dificuldades	Anormal	Anormal

Por fim, a avaliação inicial do TP classifica como anormal os sintomas emocionais, os problemas de comportamento e a hiperatividade. Após a intervenção verificam-se algumas melhorias nos primeiros dois domínios referidos, no entanto a evolução não alterou o perfil inicialmente traçado pela professora. (anormal).

Perante este panorama os benefícios da intervenção psicomotora sugeridos por Braga et al. (2017), Cró e Pinho (2017) e Probst et al. (2010) podem estar refletidos nos resultados de três dos elementos (AD, LS e TP), sendo que em dois dos casos (AD e LS) as melhorias tiveram repercussões no seu perfil global. Porém, os resultados do DM

indicam uma trajetória contrária, marcada por problemas emocionais e pelo surgimento de problemas relacionais o que culminou num perfil limítrofe.

A organização das sessões e as características gerais do grupo podem ter retardado a evolução do DM. Apesar da intervenção ter sido planeada com o intuito de salvaguardar as necessidades particulares de cada criança, talvez a dinâmica das sessões não tenha desde logo correspondido às suas necessidades. Nas primeiras sessões começou a ser dada ao grupo a possibilidade de propor as atividades, tal como sugerem Naia e Martins (2006), o que foi recebido com grande entusiasmo. Em conjunto com a orientadora local foi decidido que esta seria a melhor forma de promover os objetivos delineados e o grupo passou a determinar o rumo de todas as sessões, sendo que era garantido que estas eram significativas para o desenvolvimento das competências em questão, como defendem os autores anteriores. Durante um período alargado, o planeamento das atividades ocupava praticamente a totalidade das sessões e o grupo não conseguia colocar em prática o seu projeto. Este período foi importantíssimo para fomentar no grupo a capacidade de identificar problemas, as respetivas soluções/alternativas e o conceito de planeamento. No diálogo final, era frequente o grupo expressar o seu desalento e dizer que, mais uma vez, não tinham conseguido criar uma atividade. Ficavam visivelmente mais calmos e motivados com o facto de ser valorizado o seu empenho e as pequenas conquistas que alcançavam (e.g.: “hoje já conseguiram chegar a um consenso sobre o que iam construir, é o primeiro passo; nesta sessão quase que escolheram os materiais que eram necessários, estão a evoluir; nas primeiras sessões tinham dificuldades em chegar a um consenso, hoje quase que tinham tempo para começar a construir”). Esta estratégia vai ao encontro da relevância que o reforço positivo pode assumir neste contexto, tal como sugerem Erfer e Ziv (2006) e Naia e Martins (2006). Porém, nesta primeira fase o DM foi confrontado com vários momentos de frustração que não contribuíram para melhorar a sua autoestima, autoeficácia e empatia, apesar do reforço positivo constante. Só depois das primeiras sessões em que o grupo conseguiu estruturar o seu projeto, colocá-lo em prática e usufruir da atividade criada é que foram observados progressos emocionais por parte do DM. As queixas somáticas e as preocupações diminuíram e passou a ser uma criança mais sorridente, confiante, expressiva e participativa tal como era pretendido com os objetivos específicos delineados ao nível da autoestima, autoeficácia, empatia e cooperação.

A ausência de melhorias na avaliação final pode ainda estar relacionada com o surgimento de novas inquietações. Nas últimas sessões, o DM manifestou preocupações alusivas à sua futura escola, verbalizando receio de integrar um espaço novo e conviver com crianças mais velhas. Nestes momentos era promovida uma

reflexão individual ou em grupo sobre a relação entre os desafios futuros e o trabalho desenvolvido nas sessões. Foram identificados diversos aspetos que poderiam beneficiar das competências trabalhadas como a gestão do tempo, organização escolar (e.g.: fazer a mala e o estudo autónomo), identificação de problemas e respetivas soluções, criação de novas relações significativas, toma de decisão responsável, entre outros.

O papel do psicomotricista estagiário e da orientadora local sofreu algumas alterações ao longo do tempo. Dentro da posição mediadora que foi assumida, as necessidades iniciais do grupo requeriam um maior envolvimento de ambos. Posteriormente, os primeiros progressos alcançados promoveram uma orientação mais passiva por parte dos mesmos, até que o grupo solicitou um maior envolvimento quando, sessão após sessão, conseguiram atingir o seu objetivo. Esta alternância de papéis do psicomotricista estagiário de acordo com as necessidades e desejos do grupo pode refletir a importância do envolvimento ativo e passivo do psicomotricista, tal com é defendido por Erfer e Ziv (2006) e Raynaud et al. (2007).

O trabalho desenvolvido no âmbito da resolução de problemas pode ter promovido as melhorias ao nível dos problemas de comportamento verificadas nos casos do AD, LS e TP. As sessões podem ter dotado as crianças com um conjunto de ferramentas importantes para o seu dia-a-dia, não só pelas experiências proporcionadas, mas também pelo paralelismo estabelecido com diversas situações do seu quotidiano. A consciencialização da importância de estabelecer e cumprir regras para conseguirem construir as suas atividades foi conquistada e, frequentemente, relacionado com outros contextos, particularmente com o contexto escolar e de sala de aula. Também ganharam noção do papel que a comunicação assertiva assumia no planeamento do seu projeto, tal como a importância da identificação e avaliação de alternativas, cooperação e tomada de decisão responsável sendo que, nos momentos de reflexões, conseguiram extrapolar estas competências para outras realidades. De acordo com Dereli (2009), Matos et al. (2005) e Zins et al. (2007) estas competências devem integrar o relatório socioemocional das crianças o que pode justificar as melhorias apresentadas. A redução da impulsividade pode resultar da consciencialização da importância da tomada de decisão responsável e das ferramentas adquiridas neste sentido.

A promoção da capacidade de atenção seletiva e sustentada pode ter surtido alguns benefícios no caso do AD uma vez que a sua avaliação demonstra melhorias ao nível da hiperatividade, especificamente nos itens “Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar” e “Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção”. Este

era também um parâmetro a melhorar no caso do LS e TP, no entanto não se verificaram progressos apesar de, em sessão, o TP ter demonstrado progressos.

Por último, salientar que o elemento com o perfil anormal (TP) é o que apresenta o menor rendimento académico o que pode demonstrar a relação entre as competências socioemocionais e o sucesso escolar, tal como defendem Durlak et al. (2011) e Gershon e Pellitteri (2018).

1.7. Conclusões da Intervenção em grupo

A intervenção psicomotora poderá ter contribuído para o desenvolvimento socioemocional das crianças tal como sugerem os resultados obtidos, com a exceção de um dos casos. O reconhecimento de problemas, a definição de objetivos, a identificação e avaliação de alternativas e a tomada de decisão responsável foram as principais competências desenvolvidas. A dinâmica de grupo que caracterizou as sessões revelou ter a importância indicada por Roza et al. (2014) e Smitha et al. (2014), tal como o papel mediador desempenhado pelo psicomotricista estagiário (Naia e Martins, 2006). Por último, realçar que a redução de problemas emocionais demonstrou ser difícil de alcançar no seio de um grupo com uma grande vertente externalizante. Contudo, em sessão foram observadas algumas melhorias na autoestima, autoeficácia, empatia e cooperação do DM.

B) Sonhar Acordado

A intervenção psicomotora desenvolvida no âmbito deste projeto é de carácter preventivo, decorre em Jardins de Infâncias e consiste num espaço lúdico de relaxação e expressão corporal.

As atividades são planeadas com o intuito de proporcionar momentos de descontração e tranquilidade onde se procura promover a consciencialização dos estados tónicos, estimular a regulação do ritmo interno e fomentar a imaginação, expressividade e reflexão. Sendo o período pré-escolar uma fase de enorme relevância para o desenvolvimento socioemocional (Anthony et al., 2005; Dereli, 2009; Rhoades, Greenberg & Domitrovich, 2009; Taylor, Oberle, Durlak & Weissberg 2017), as dinâmicas apresentadas têm também em consideração a promoção de competências socioemocionais, como o autoconhecimento, a autoeficácia, a consciência corporal, a expressão verbal e não-verbal, a resistência à frustração, o respeito pela vez do outro, a capacidade de escuta, saber estar em grupo, a cooperação, a atenção, a memória, entre outras.

Este projeto realizou-se com oito turmas de três Jardins de Infância, nomeadamente quatro turmas no JI do Bairro de Belém, três turmas no JI dos Moinhos do Restelo e uma turma no JI de Caselas. Devido à falta de recursos humanos e de modo a dar resposta a todas as solicitações dos vários estabelecimentos, o projeto deixou de ter um carácter anual passando a semestral, estando em simultâneo 4 turmas em atividade por semestre. Cada um contou um total de 15 sessões, com periodicidade semanal e duração de aproximadamente 30 a 45 minutos. As turmas apresentavam entre 14 e 24 participantes, dos 3 aos 6 anos. O psicomotricista estagiário e a orientadora local estiveram presentes na intervenção em todos os locais, contando ainda com a participação da estagiária de licenciatura no JI do Bairro de Belém e no JI de Caselas e de uma psicóloga educacional no JI Moinhos do Restelo.

A planificação realizada pela orientadora local, com o avançar do tempo, passou a resultar do trabalho conjunto com estagiário, segundo as orientações e objetivos do projeto. A planificação realizada no primeiro semestre foi o molde para o segundo semestre e demais grupos de intervenção. Atendendo às adaptações necessárias devido às limitações quer de espaço disponível quer da pretensão de enquadrar temporalmente as atividades nas várias épocas do ano (e.g.: sessão de Halloween [anexo A] e sessão da páscoa)

Considerando a faixa etária e o número de elementos por turma, o projeto foi pensado de forma a assumir uma estrutura atrativa que por si só conseguisse criar um ambiente organizado, motivador, seguro e calmo. E para o efeito, o projeto tem um objeto (panda de peluche), de alcunha “Sr. Panda”, responsável por todas as dinâmicas apresentadas. O “Sr. Panda” foi apresentado como um amigo de idade avançada, que dedicou muitos anos a aprender jogos e técnicas especiais para lhes ensinar. Respeitando e compreendendo a idade avançada do objeto, o “Sr. Panda” não conseguia falar alto, nem ouvir nas melhores condições, pelo que tinham de fazer silêncio e respeitar a vez de cada um nos momentos de explicação, reflexão e durante algumas atividades. Na eventualidade do grupo se esquecer desta regra, o “Sr. Panda” possuía uma taça mágica (taça tibetana) cujo som tinha o dom de ajudar a silenciar todos os ruídos, se prestassem atenção ao desvanecer do mesmo. No momento inicial da sessão cada criança cumprimentava o Sr. Panda, período durante o qual se realizava o registo das presenças, de seguida era tocada a taça mágica sinalizando a partilha da atividade e, no final da sessão, era novamente utilizada esta estratégia para introduzir o momento da reflexão.

O projeto foi do agrado das crianças, o entusiasmo com que chegavam às sessões e que expressavam quando nos viam era constante. De forma geral, o psicomotricista

estagiário observou progressos, particularmente na capacidade de lidar com o silêncio. O recurso à taça reduziu bastante, o que foi valorizado nos momentos de reflexão final, passando a ser dada a oportunidade de serem eles a tocá-la uma vez que já dominavam o seu poder. Assim, os momentos de escuta interna ganharam uma maior preponderância, apesar de existirem condicionantes que não são totalmente controladas, principalmente nesta faixa etária, como o desvio do imaginário ou o adormecimento. Os sentimentos de segurança e conforto aumentaram, sendo a crescente capacidade de permanecer tranquilamente de olhos fechados exemplo disso. Os progressos socioemocionais refletiram-se sobretudo no controlo da ansiedade nos momentos de espera, na capacidade de ouvir o outro e de expressar, em grupo, o que é sentido.

C) Afetos nas Escolas

O projeto “Afetos na Escola”, coordenado pelas psicólogas da Junta de Freguesia de Belém, ocorre em contexto escolar e pré-escolar com a finalidade de promover a adaptação das crianças ao meio envolvente. Procura o seu desenvolvimento de competências sociais, afetivas e cognitivas para enriquecer reportório comportamental e estratégias de socialização. Assim, de forma ativa e num contexto divertido, são abordados aspetos como o autoconhecimento, os relacionamentos interpessoais, o reconhecimento da opinião do outro, a cooperação e a capacidade de resolução de problemas. No contexto pré-escolar a intervenção realiza-se apenas com as crianças finalistas de modo a facilitar a sua transição para o 1º ano de escolaridade, preocupação que também existe no programa correspondente aos alunos do 4º ano.

Este projeto, originalmente estava projetado para todo o ano letivo, porém teve de ser reestruturado para um modelo semestral no ano de estágio. Isto porque alguns professores manifestaram pouco tempo útil para lecionar, devido ao número elevado de projetos a que estavam associados. Assim, o primeiro semestre do ano letivo foi dedicado aos 1ºs e 2ºs anos e o segundo semestre aos 3ºs e 4ºs anos.

O psicomotricista estagiário esteve semanalmente em intervenção com duas turmas, uma de 1º e um 2º ano, nas escolas EB1 Bairro do Restelo e EB 1 de Caselas respetivamente. As sessões eram dinamizadas conjuntamente com uma das psicólogas e contavam ainda com a presença do professor titular. Cada sessão foi composta por três momentos: (1) a verificação de presenças e apresentação da estrutura da sessão, (2) desenvolvimento das atividades/dinâmicas lúdicas e, (3) a discussão/reflexão relativa aos conceitos abordados e avaliação comportamental dos alunos.

Relativamente às atividades, o seu planeamento e dinamização foi da responsabilidade das psicólogas com o apoio do psicomotricista estagiário a quem foi pedido que dinamizasse os momentos de retorno à calma. Na turma do 1º ano, que tinha atividade física antes de iniciar a sessão dos “Afetos”, teve de ser implementado um momento inicial de promoção da calma, orientado pelo psicomotricista estagiário. Por seu turno, na turma do 2º ano, a participação do psicomotricista estagiário remeteu para o acompanhamento individual de uma criança (M) diagnosticada com perturbação do espectro do autismo, com vista à promoção da sua participação e compreensão dos temas abordados.

De um modo geral, ambos os grupos demonstram prazer e interesse pelas sessões e realizaram uma trajetória crescente. A turma do 1º ano foi mais desafiante, demorando mais tempo a dar sinais de evolução, mas foram observadas melhorias na manutenção da atenção e na capacidade de esperar pela sua vez, assim como uma comunicação mais assertiva e uma menor agitação motora, algo que foi corroborado pela professora. O momento inicial de promoção da calma facilitou a criação de um contexto inicial adequado para o desenrolar das sessões, contribuiu para a sua menor agitação e promoveu a perceção da necessidade de adotar uma postura diferente comparativamente ao momento anterior. Na turma do 2º ano, como nem o contexto escolar nem o projeto eram uma novidade foi fácil a criação de um ambiente mais harmonioso, onde a comunicação assertiva se encontrava enraizada o que permitiu desenvolver uma maior capacidade de reflexão sobre as diferentes temáticas. Salientar ainda que, o apoio individualizado passou por estimular a participação do M (e.g.: esclarecimento das atividades; propor-lhe a sua primeira participação em momentos de êxito; promover a sua participação em momentos fulcrais; incitar a sua interação com os colegas; reforços positivos; identificar os momentos em que podia perder o foco) e adaptar algumas das atividades (e.g.: substituição da escrita pelo desenho; promoção de respostas orais; simplificação e/ou leitura do enunciado).

D) Psicomotricidade na Casa da Fonte

Neste contexto, a intervenção contemplou sessões em grupo e individuais conforme apresentado de seguida. Inicialmente foi elaborado um projeto de intervenção a apresentar na Casa da Fonte de forma a contextualizar a intervenção psicomotora, nomeadamente quais as crianças abrangidas, a periodicidade das sessões, os objetivos de intervenção e os procedimentos de avaliação.

1. Intervenção em grupo

1.1. Caracterização do Grupo

A seleção das crianças foi realizada pela orientadora local com base nas características e necessidades do conjunto de crianças e jovens acolhidos. Deste modo, formaram-se três grupos cuja constituição teve em conta as condições do contexto em questão (tabela 10).

Tabela 10 - Grupos de Intervenção em contexto institucional

	Constituição Inicial	Saídas	Horário de Intervenção
Grupo1	D (F/14) e W (M/13)		quarta-feira (17.30h-18.30h)
Grupo 2	B (F/6) N (F/7) e V (F/8)	N	sexta-feira (17.30h-18.30h)
Grupo 3	E (M/17) e M (M/4)		sexta-feira (18.30h-19.30h)

Será analisada a intervenção com o grupo 2 uma vez que apresentou uma estabilidade bastante superior ao nível da frequência e duração das sessões comparativamente com os outros grupos. Como indica a tabela anterior, a composição inicial do grupo 2 sofreu uma alteração. Durante o período de intervenção a N saiu da casa da fonte tendo participado apenas nas primeiras cinco sessões. Assim o grupo passou a ser constituído por dois elementos, a B e a V. No primeiro caso, a medida de acolhimento residencial remete a Outubro de 2015 e tem por base um contexto de negligência e incapacidade parental. Trata-se de uma criança de 6 anos, do género feminino e com um desenvolvimento adequado à idade. Mantém contacto com a mãe, com a qual viveu após a separação dos pais, e com a avó materna, passando alguns fins de semana com as mesmas. Tem uma irmã que se encontra igualmente institucionalizada na casa da fonte, a D do grupo 1, tendo com ela um bom relacionamento. É caracterizada pela equipa técnica como uma criança carinhosa e bem integrada em casa e na escola, onde frequenta o 1º ano de escolaridade, com alguma imaturidade emocional e dificuldades de atenção. No que diz respeito à V, o acolhimento residencial tem por base a detenção da sua mãe e a ausência de rede familiar que constituísse uma alternativa cuidadora. Está institucionalizada desde 2016, mantém contacto com a mãe e conta com a presença de dois irmãos de 15 e 16 anos, tendo uma relação privilegiada com o mais velho. É uma criança de 8 anos, do género feminino e frequenta o 3º ano de escolaridade. É descrita como uma criança carinhosa, observadora, curiosa e com um grande potencial de aprendizagem. Encontra-se bem integrada na instituição e na escola, apesar de adotar uma postura manipuladora na forma como se relaciona com

adultos e pares e de, por vezes, não conseguir lidar com a frustração e gerir os conflitos com que se depara.

1.2. Caracterização dos Instrumentos

Neste contexto de intervenção foi utilizado o SDQ, descrito anteriormente, nomeadamente a versão para os pais ou responsáveis e a versão para os professores.

1.3. Contexto de Intervenção

As sessões realizaram-se maioritariamente na “sala dos pequenos” (figura 3), tendo sido ainda utilizado um espaço cedido pelos bombeiros de Oeiras, o espaço exterior da casa (figura 4) e alguns jardins das redondezas. Os materiais utilizados eram geralmente do psicomotricista estagiário ou da Junta de Freguesia de Belém.

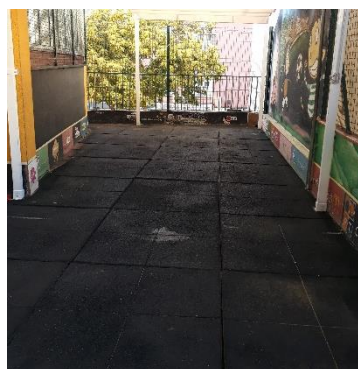


Figura 3 - “Sala dos pequenos” (Casa da Fonte) **Figura 4** - Espaço exterior (Casa da Fonte)

1.4. Condições e Procedimentos de Avaliação

Numa primeira fase, a avaliação foi realizada de forma indireta através da observação e interação com as crianças durante a sua habitual rotina na casa de acolhimento. Ambas demonstraram dificuldades em lidar com a frustração nos momentos lúdicos e de estudo. Foram também observadas algumas dificuldades no cumprimento de regras e uma grande impulsividade. Salientar ainda que, em contexto de estudo, a B distraía-se com grande facilidade. A avaliação formal resultou da aplicação de duas das versões do SDQ, respondidas por um educador e pelo professor titular de cada uma. Ocorreu em dois momentos distintos, no início da intervenção para que fossem estabelecidos objetivos consoante a informação obtida, e no final da mesma com o intuito de estabelecer uma comparação entre os resultados pré e pós intervenção.

1.5. Planeamento da Intervenção

O planeamento da intervenção projetava a realização de 26 sessões, no entanto por motivos de saúde do psicomotricista estagiário só se realizaram 24. As sessões foram realizadas em grupo, com uma frequência semanal e uma duração de 60 minutos. Os

objetivos da intervenção foram delineados com base na informação dos processos institucionais, nas necessidades mencionadas pela equipa técnica e na avaliação inicial. Os objetivos gerais definidos consistiram no desenvolvimento da consciência pessoal e social, regulação do comportamento, relações interpessoais e resolução de problemas. Os objetivos específicos foram delineados com o intuito de responder às necessidades específicas, tal como defendem Naia e Martins (2006), e são apresentados na tabela seguinte.

Tabela 11 - Objetivos específicos da intervenção com o grupo 2 (Casa da Fonte)

Elementos do Grupo	Objetivos Específicos
B	Promover a autoeficácia
	Diminuir a impulsividade
	Fomentar a importância das regras
	Aumentar a tolerância à frustração
	Estimular a resolução assertiva de conflitos
	Fomentar a atenção seletiva e sustentada
V	Diminuir a impulsividade
	Fomentar a importância das regras
	Aumentar a tolerância à frustração
	Promover o comportamento pró-social
	Estimular a resolução assertiva de conflitos

Relativamente à estrutura da intervenção, foi bastante semelhante ao anteriormente apresentado no âmbito da intervenção de grupo na Psicomotricidade na Escola, pelo que se deve consultar a Tabela 5 (pág. 31) como exemplo esquemático da organização das sessões. Referir apenas que as atividades realizadas eram planeadas pelo psicomotricista estagiário, ao contrário de acontecia na intervenção em contexto escolar.

1.6. Apresentação e Discussão dos Resultados

Atendendo novamente à dimensão do grupo, os resultados serão apresentados individualmente, na tabela 12, para obter uma análise mais compreensiva da evolução dos casos envolvidos na intervenção.

Tabela 12 - Resultados da intervenção com o grupo 2 (Casa da Fonte)

		Educador		Professor	
		A. Inicial	A. Final	A. Inicial	A. Final
B	Sintomas Emocionais	Normal	Normal	Normal	Normal
	Problemas de Comportamento	Limítrofe	Normal	Normal	Normal
	Hiperatividade	Anormal	Normal	Normal	Normal
	Problemas de Relacionamento	Normal	Normal	Limítrofe	Normal
	Comportamento Pró-social	Normal	Normal	Normal	Normal
	Total de Dificuldades	Normal	Normal	Normal	Normal
V	Sintomas Emocionais	Normal	Normal	Normal	Normal
	Problemas de Comportamento	Anormal	Normal	Limítrofe	Normal
	Hiperatividade	Limítrofe	Normal	Normal	Normal
	Problemas de Relacionamento	Normal	Normal	Normal	Normal
	Comportamento Pró-social	Limítrofe	Normal	Normal	Limítrofe
	Total de Dificuldades	Normal	Normal	Normal	Normal

Na avaliação inicial da B, enquanto o educador realça dificuldades ao nível dos problemas de comportamento e hiperatividade, o professor destaca problemas de relacionamento. Relativamente à V, o educador refere dificuldades nos domínios da hiperatividade, comportamento pró-social e sobretudo ao nível dos problemas de comportamento. Este último, é igualmente classificado pelo professor como problemático, mas com uma menor expressão. De acordo com Brophy-herb et al. (2007) e Morris et al. (2007) estes resultados podem ser compreendidos pela instabilidade conjugal, incapacidade parental e negligência dos seus contextos familiares.

A discrepância entre as avaliações do educador e dos professores ao nível da hiperatividade, particularmente no caso da B, pode ser contextualizada. A vivência institucional é marcada pela interação com um número elevado de crianças, com um espectro de idades alargado e um desenvolvimento socioemocional perturbado como referem Andrade et al. (2014) e Grossmann e Grossmann (2004). Deste modo, a promoção de um ambiente estável por parte da equipa técnica, também ela vasta, poderá constituir um grande desafio que, em contexto de sala de aula, pode colocar menos obstáculos uma vez que as estratégias adotadas são direcionadas para uma faixa etária específica e o panorama emocional pode ser mais seguro.

Os resultados finais sugerem que todas as áreas salientadas anteriormente deixaram de ser problemáticas em ambos os casos. Assim sendo, a intervenção realizada pode

ter apresentado os benefícios sugeridos por Braga et al. (2017), Cró e Pinho (2017) e Probst et al. (2010). No entanto, a avaliação da professora da V indica um comportamento pró-social limítrofe, algo que não se verificava no primeiro momento de avaliação. O percurso realizado ao longo das sessões foi no sentido oposto a esta avaliação, sendo que em contexto institucional este domínio também melhorou. Assim sendo, e uma vez que não se verificaram alterações no seu projeto de vida ou nas suas relações significativas e não foram relatados quaisquer acontecimentos negativos por parte da escola, não consigo encontrar uma hipótese explicativa para esta regressão.

As melhorias ao nível dos problemas de comportamento pode ser o reflexo de alguns dos objetivos específicos estabelecidos para a intervenção. A consciencialização da importância das regras pode ter facilitado o cumprimento das mesmas, diminuindo a expressão de situações de desobediência e mentiras. A promoção da capacidade de lidar com a frustração pode estar ligada com a redução do número de irritações, amuos e zangas. Por outro lado, a pretensão de diminuir a impulsividade de ambas e aumentar a capacidade de atenção da B talvez tenha contribuído para a evolução no domínio da hiperatividade. Já o trabalho desenvolvido com a B ao nível da autoeficácia porventura contribuiu em ambos os domínios. A consciencialização e valorização das suas capacidades pode ter facilitado a realização das tarefas e aumentado a sua motivação e persistência. Por fim, o seu relacionamento com os pares pode ter beneficiado de uma postura mais confiante fruto do desenvolvimento das áreas referidas, bem como da promoção da resolução assertiva de conflitos.

A análise da evolução em contexto institucional deve ter em conta as alterações que ocorreram ao longo da intervenção. O número de crianças e jovens acolhidas diminuiu o que pode ter facilitado a adoção do comportamento responsivo, estável e de confiança por parte da equipa técnica, algo fundamental de acordo com Mota e Matos (2008). Saíram dois jovens que apresentavam grandes necessidades de contenção física e emocional o que contribuía para a insegurança emocional sugerida por Andrade et al. (2014) e Grossmann e Grossmann (2004). A saída, já mencionada, da N pode ter sido igualmente significativa. Ao deixar de integrar o núcleo afetivo da B e da V fez com que estas criassem uma ligação mais forte entre si. As sessões contribuíram e usufruíram da consolidação deste laço afetivo. Os conflitos em sessão diminuíram, o consenso passou a ser frequente tal como o respeito pelos desejos e opiniões dos outros, o que pode ser representativo da importância da intervenção em grupo sugerida por Roza et al. (2014) e Smitha et al. (2014).

No âmbito escolar, ambas tiveram sucesso académico com avaliação positiva em todas as disciplinas, mas não se verificaram alterações no aproveitamento escolar ao longo

do ano letivo. A importância das competências socioemocionais para o sucesso académico pode estar aqui representada, tal como defendem Durlak et al. (2011) e Gershon e Pellitteri (2018), no entanto a performance académica não acompanhou a evolução socioemocional indicada pela avaliação final.

2. Intervenção Individual

Neste contexto a intervenção individual contemplou três casos, mas apenas um deles foi acompanhado durante todo o estágio como é indicado no âmbito da apresentação da prática profissional. Assim sendo, será esse o caso analisado de seguida.

2.1. Caracterização do K

O K é uma criança de 8 anos, do género masculino, institucionalizada desde agosto de 2016 após ser identificado um cenário de negligência dos cuidados de saúde, alimentação, vestuário e ausência de supervisão. Nasceu no Luxemburgo, onde viveu pouco mais de um ano. Os pais separaram-se, mantendo uma relação saudável após o término da relação. Numa primeira fase, o K ficou à responsabilidade do pai até que começou a viver só com a mãe e o contacto com o pai passou a ser esporádico. O K tem dois irmãos, um com 22 anos da parte da mãe e um da parte do pai cuja idade é desconhecida. Referir ainda que a mãe do K iniciou uma nova relação antes de se concretizar o acolhimento.

Após a institucionalização foi iniciado o acompanhamento médico negligenciado e as capacidades cognitivas foram classificadas num nível médio baixo relativamente ao esperado para a sua idade, sendo a resistência à distração inferior à média. Foi diagnosticado com défice de atenção sendo-lhe prescrita medicação diária, designadamente o Rubifen. Salientar ainda a existência de enurese noturna que tem sido cada vez mais controlada. O K frequenta o 3º ano do ensino regular, usufruindo de apoio pedagógico acrescido ao nível da matemática, apoio psicológico semanal e pratica atividade física (futebol) três vezes por semana. O contacto com a mãe foi alargado a dada altura da intervenção, começando a passar os fins de semana na casa da mesma, já o contacto com o pai, apesar de ter sido planeado semanalmente, é cada vez menos recorrente.

O K é caracterizado pela mãe como uma criança carinhosa, mas muito agitada com a qual tinha imensas dificuldades em estabelecer regras de forma adequada. Em contexto institucional, o K é uma criança afetuosa, bem integrada, com um padrão comportamental agitado e desafiante perante os adultos e os seus pares e com pouco sentido de responsabilidade. Em contexto escolar, é descrito como uma criança que tem

bom relacionamento com os colegas, com algumas dificuldades em lidar com a frustração e a recusa, com comportamentos impulsivos e desestabilizadores e com dificuldades de atenção em contexto de sala de aula. No âmbito da sua atividade desportiva, é reconhecido com uma criança competente pelos colegas, treinadores e clubes de grandes dimensões.

Assim sendo, o K foi sinalizado para a intervenção psicomotora devido à sua impulsividade, fraca tolerância à frustração, desrespeito pelas regras e dificuldades de atenção.

2.2. Caracterização dos Instrumentos

Neste caso, o instrumento utilizado foi também o SDQ, nos moldes descritos no âmbito da intervenção de grupo na Casa da Fonte (pág. 41).

2.3. Contexto de Intervenção

Na intervenção individual foram utilizados alguns dos espaços mencionados ao nível da intervenção em grupo (pág. 41), nomeadamente a “sala dos pequenos”, o espaço exterior da casa e alguns jardins das redondezas. Os materiais foram igualmente facultados pela Junta de Freguesia de Belém ou providenciados pelo psicomotricista estagiário.

2.4. Condições e Procedimento de Avaliação

A avaliação compreendeu etapas semelhantes ao que foi indicado anteriormente. Numa primeira fase, a avaliação foi realizada de forma indireta através da observação e interação com o K. No entanto, não foi possível recolher muita informação uma vez que o seu horário escolar e a atividade desportiva que frequentava faziam com que estivesse pouco tempo em casa. Contudo, foi possível observar um comportamento agitado, a procura constante de interação com adultos e pares e uma postura desafiante como ponto de partida para a mesma. A avaliação formal resultou da aplicação de duas versões do SDQ, representativas da avaliação do educador e do professor titular, antes e após a intervenção.

2.5. Planeamento da Intervenção

Com base na informação recolhida através da anamnese, observação e avaliação inicial foi criado um projeto de intervenção com a duração de 26 sessões, das quais se realizaram 24 por motivos de saúde do psicomotricista estagiário. As sessões foram realizadas individualmente, com uma frequência semanal e uma duração de 60 minutos. Os objetivos gerais e específicos encontram-se descritos na tabela 13.

Tabela 13 - Objetivos gerais e específicos da intervenção com o K (Casa da Fonte)

Objetivos Gerais	Objetivos específicos
Desenvolver a Consciência Pessoal	Melhorar o conceito de autoeficácia
Desenvolver a Consciência Social	Fomentar o conceito de responsabilidade
	Fomentar a importância das regras
Potenciar a regulação do comportamento	Promover a resistência à frustração
	Incitar a resolução assertiva de conflitos
Fortalecer as funções executivas	Estimular a atenção sustentada e seletiva

A organização das sessões respeitou os momentos indicados nos casos já analisados, nomeadamente a entrada e o diálogo inicial (fase inicial), as atividades e o retorno à calma (fase intermédia) e o diálogo final e saída (fase final). Os objetivos associados a cada momento são idênticos, mas com uma dinâmica diferente tendo em conta o carácter individual da intervenção.

2.6. Apresentação e Discussão dos Resultados

Os resultados (tabela 14) demonstram uma evolução em ambos os contextos, principalmente no contexto institucional. Neste contexto verificaram-se progressos nos problemas de comportamento, hiperatividade e comportamento pró-social. Em contexto escolar as melhorias encontram-se no domínio da Hiperatividade.

Tabela 14 - Resultados da intervenção com o K (Casa da Fonte)

	Educador		Professor	
	Av. Inicial	Av. Final	Av. Inicial	Av. Final
Sintomas Emocionais	Normal	Normal	Normal	Normal
Problemas de Comportamento	Anormal	Normal	Limítrofe	Limítrofe
Hiperatividade	Anormal	Normal	Anormal	Limítrofe
Problemas de Relacionamento	Normal	Normal	Normal	Normal
Comportamento Pró-social	Limítrofe	Normal	Limítrofe	Limítrofe
Total de Dificuldades	Limítrofe	Normal	Limítrofe	Limítrofe

De acordo com Brophy-herb et al. (2007) e Morris et al. (2007) a negligência familiar que motivou o acolhimento do K, caracterizada por laços afetivos inseguros (Kelly, 2017; Schofield & Beek, 2014) e instabilidade conjugal pode ter originados as limitações indicadas na avaliação inicial. Estes autores consideram igualmente relevante a incapacidade parental relatada pela mãe quando caracteriza o K.

Apesar das sessões não apresentarem uma organização de grupo, como é sugerido por Rozo et al. (2014) e Smitha et al. (2014), os resultados sugerem que a intervenção individual também pode contribuir para o desenvolvimento socioemocional das crianças. A intervenção em grupo poderia ser mais significativa caso fossem mencionados problemas de relacionamento pelo educador e o professor, o que não se verifica uma vez que ambas as avaliações iniciais classificam o domínio em questão como normal.

Numa análise mais detalhada as principais melhorias apontadas em contexto institucional dizem respeito aos itens: “É irrequieto, muito mexido, nunca para quieto; Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam; Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos; É sensível aos sentimentos dos outros; Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente; Sempre pronto a ajudar os outros; Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção”. A nível escolar os itens “Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos” e “Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar” apresentaram melhores cotações comparativamente com a avaliação inicial.

A avaliação final do educador no domínio dos problemas de comportamento (normal) pode representar os progressos ao nível da resistência à frustração, resolução de conflitos e tomada de decisão responsável. Estas são algumas das competências que Dereli (2009), Matos et al. (2005) e Zins et al. (2007) classificam como importantes no reportório socioemocionais das crianças. O maior cumprimento de regras adquirido ao longo das sessões pode também explicar esta evolução. Já a evolução no domínio da hiperatividade pode refletir a diminuição da impulsividade e o aumento da capacidade de atenção, dois dos objetivos delineados.

Apesar de vários autores (e.g.: Braga et al., 2017; Naia & Martins, 2006 e Probst et al., 2010) defenderem que a intervenção psicomotora contribui para o desenvolvimento socioemocional, os progressos mencionados pelo educador podem também ser explicados pela alteração da sua rotina. Tendo em conta a carga horário escolar e desportiva o K passava pouco tempo em casa, como já foi mencionado. Durante a intervenção o K começou a passar os fins de semana em casa da mãe. Ora, a sua ausência durante este período reduziu consideravelmente a sua presença na instituição, o que, por sua vez, diminuiu o possível contacto com os problemas de comportamento, impulsividade e dificuldades de atenção.

No âmbito académico, o rendimento escolar foi superior comparativamente ao ano anterior. Foi avaliado positivamente em todas as disciplinas desde o primeiro período, o que não acontecia anteriormente, mantendo as notas até ao final do ano. Nos dias em

que estava mais sobrecarregado com tarefas escolares, as sessões incluíram momentos de estudo, o que facilitava bastante a sua concentração na medida em que não tinha de partilhar o espaço como as restantes crianças e jovens e usufruía de um apoio mais individualizado. Nos restantes dias, as tarefas escolares eram realizadas após as sessões e a consciencialização das suas conquistas pode ter sido uma fonte de motivação para o momento seguinte. Os resultados escolares podem expressar estas melhorias já que se verificam progressos ao nível da hiperatividade, especificamente ao nível da impulsividade e atenção, o que pode validar a influência das competências socioemocionais no desempenho escolar como defendem Durlak et al. (2011) e Gershon e Pellitteri (2018).

Erfer e Ziv (2006) e Raynaud et al. (2007) salientam a importância do envolvimento passivo e ativo do psicomotricista na criação de uma relação empática e segura com a criança. O papel do estagiário foi maioritariamente ativo não só pelo carácter individual das sessões como pelo comportamento desafiante do K. Mas, curiosamente, o momento fulcral no estabelecimento da relação foi marcado pelo seu envolvimento passivo. Na quinta sessão, o K adotou um comportamento desadequado após o primeiro contacto com a frustração. Atirou os materiais em direções aleatórias e verbalizou vários palavrões, abandonando a sessão por iniciativa própria. Foi-lhe transmitido que o poderia fazer, porém a sessão não seria encerrada na eventualidade de ele querer falar sobre o sucedido, retomar a sessão no ponto em que a deixou ou sugerir outra atividade. Durante o tempo restante, o K teve regressos repentinos com a mesma atitude, até que se deparou com os materiais arrumados e perguntou se a sessão já tinha terminado. Foi-lhe dito que restavam poucos minutos, mas ainda havia a possibilidade de se fazer a reflexão final. E assim foi, uma reflexão que continuou na sessão seguinte e que abordou a sua nova rotina. O seu projeto de vida passa pela reintegração familiar e esta alteração advém do avançar do seu processo. Esta mudança teve uma grande influência no seu comportamento tanto em contexto institucional como escolar. A reflexão contribuiu para a consciencialização da sua situação, foi-lhe transmitido que não significava que a reintegração seria imediata. Era mais uma etapa do processo na qual o contexto familiar ganhava uma maior preponderância. Algo bastante positivo, mas que também lhe atribuía uma responsabilidade acrescida em diversos aspetos e as sessões poderiam ajudá-lo a desenvolver competências para lidar com os novos desafios. Ao longo da intervenção, o comportamento do K foi melhorando, sendo exemplo disso a diminuição das tentativas de contornar as regras das sessões e das atividades, a tomada de consciência de que não tinha de ser o melhor em tudo e de que pode ser importante saber pedir ajuda e o aumento da capacidade de atenção.

E) Psicomotricidade no Centro de Dia

A Psicomotricidade tem vindo a ser um projeto recorrente no Centro de Dia S. Francisco Xavier, porém no ano anterior ao estágio curricular não foi possível proporcionar esta oportunidade aos seus clientes por falta de recurso humanos disponíveis.

A intervenção contou com a colaboração da estagiária de licenciatura numa visão de observação e posterior participação ativa no planeamento e dinamização das sessões. De referir ainda que algumas das sessões foram observadas por voluntários e/ou estagiários de psicologia do Centro de Dia.

A diretora do Centro de Dia referiu a necessidade sentida durante o ano transato no que respeita à intervenção no âmbito da Psicomotricidade e que o grupo apresentava carência de estimulação em vários domínios nomeadamente o cognitivo, motor, social e emocional. Posto isto, sendo sensível a esta necessidade de intervenção, a avaliação inicial de cada participante foi realizada, na sua maioria, em horário complementar ao longo dos primeiros 3 meses.

1. Intervenção em grupo

1.1. Caracterização do Grupo

A equipa técnica estabeleceu que os clientes tinham o direito de escolher a cada sessão se iriam ou não participar, tendo a mesma motivado e sensibilizado os clientes para a importância e benefícios que a sua participação acarretaria. No gráfico da figura 5 encontra-se a variabilidade do número de elementos em cada sessão.

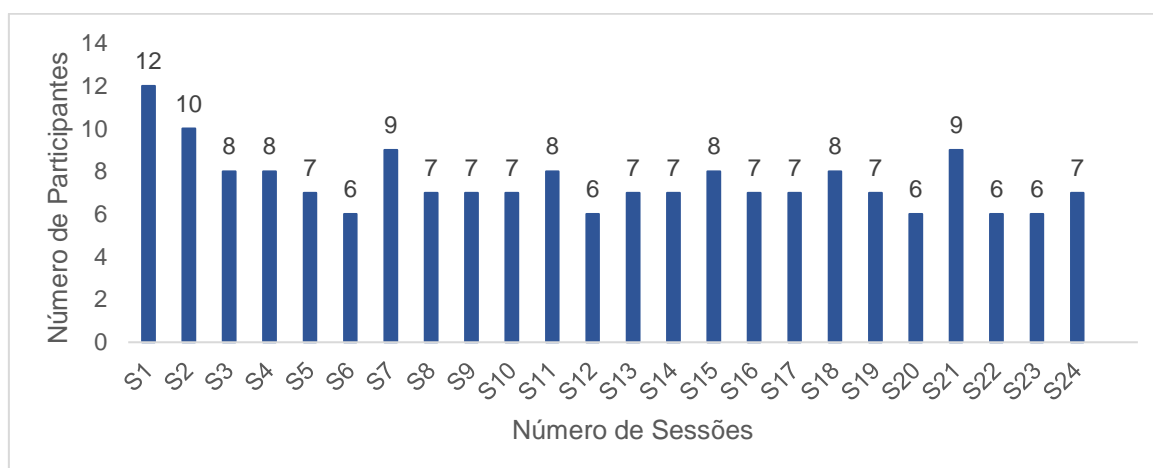


Figura 5 - Variabilidade de elementos por sessão

A análise do gráfico da figura anterior demonstra que a primeira sessão contou com 12 clientes, tendo sido este o número máximo de participantes. Já as sessões com menos adesão realizaram-se com um grupo de 6 elementos. O psicomotricista estagiário

acabou por criar um compromisso de assiduidade com 7 clientes, existindo algumas participações esporádicas ao longo da intervenção. Este grupo de clientes era constituído por dois elementos do género masculino (L e J) e cinco do género feminino (R, ML, A, G e H), com idades compreendidas entre os 73 e 84 anos e uma média de idades de 75 anos. Em que, um elemento (A) tinha deficiência visual e dois (G e J) utilizavam meios auxiliares de locomoção (uma e duas canadianas, respetivamente). A frequência da participação de cada cliente encontra-se descrita no gráfico da figura seguinte.



Figura 6 - Frequência de sessões por cliente

De acordo com o gráfico anterior, os elementos com maior frequência são a A, a G e a ML com um total de 22 sessões. Já o L participou em 20 das sessões realizadas, a H em 18, a R em 17 e o J apenas em 13. Referir ainda que nenhum dos clientes participou no número total de sessões.

1.2. Caracterização dos Instrumentos

A avaliação do grupo foi realizada com recurso ao *Examen Géronto-Psychomoteur* (EGP) um instrumento de avaliação das competências psicomotoras, para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que tem como objetivo definir o perfil psicomotor do indivíduo (Michel et al., 2011). Originalmente foi criado para a população francesa tendo sido validado para a população portuguesa por Morais, Santos e Lebre (2016). Ambas as versões do EGP são constituído por 52 itens, divididos em 17 domínios, nomeadamente:

- Equilíbrio Estático I: o indivíduo deve permanecer de pé com apoio bipodal, durante cinco segundos. A cotação é dada em função dos apoios necessários, i.e., quanto mais apoios menor a cotação;

- Equilíbrio Estático II: durante cinco segundos, a pessoa deve manter o equilíbrio na ponta dos pés, sobre um pé e na ponta de um pé. A cotação é dada conforme mencionado no domínio anterior;
- Equilíbrio Dinâmico I: o sujeito deve deslocar-se em linha reta numa distância de cinco metros, virar-se e voltar ao local de partida. A cotação segue os moldes do primeiro domínio apresentado.
- Equilíbrio Dinâmico II: o indivíduo deve caminhar rapidamente ou correr, durante 10 metros, seguindo os procedimentos anteriores. A cotação é dada conforme a continuidade dos deslocamentos ao longo do percurso;
- Mobilização Articular dos Membros Superiores: inicialmente, o avaliador mobiliza o pulso, cotovelo e ombro, direito e esquerdo da pessoa e, de seguida, esta realiza autonomamente os movimentos. A cotação é realizada consoante a amplitude dos movimentos;
- Mobilização Articular dos Membros Inferiores: o avaliador começa por mobilizar o tornozelo, joelho e anca, direito e esquerdo da pessoa e, posteriormente, esta realiza autonomamente os movimentos. A cotação é realizada de acordo com a amplitude dos movimentos;
- Motricidade Fina dos Membros Superiores: primeiramente, a pessoa deve abotoar e desabotoar um colete no mínimo de tempo possível. A cotação é tanto maior quanto maior a rapidez com que se realiza a tarefa. Depois, o avaliado deve realizar três tarefas com ambas as mãos, designadamente tamborilar, tocar com as pontas de todos os dedos na ponta do polegar (oponência do polegar) e pegar numa moeda com dois dedos. Estes itens são cotados conforme a precisão dos movimentos;
- Motricidade Fina dos Membros Inferiores: é solicitado ao idoso que coloque os pés primeiro sobre duas pegadas e depois sobre quatro pegadas. A cotação é dada de acordo com a precisão dos movimentos. Por último, o idoso deve pontapear uma bola, com o pé direito e esquerdo. A cotação é dada conforme o avaliado consiga, ou não, pontapear a bola com os dois pés;
- Praxias: o sujeito deve simular que come com faca e garfo, que cumprimenta e ralha com alguém, que escova os dentes e que prega um prego. Deve ainda escrever o nome, apelido e data de nascimento e copiar duas figuras geométricas. A cotação atribuída a estas tarefas varia conforme a performance

do avaliado. Por último, é solicitado que construa uma pirâmide de 12 cubos, sendo a cotação dada em função do tempo.

- **Conhecimento das partes do corpo:** o idoso deve indicar quais as partes do corpo em falta em duas ilustrações do corpo humano, sendo que a cotação é feita em função do número de ausências encontradas. Posteriormente, o avaliador refere partes do corpo e o avaliado deve apontar em si próprio a sua localização e, de seguida, nomeia partes apontadas pelo avaliador. A cotação é maior quanto maior o número de partes identificadas corretamente. Por último, são realizadas imitações de posições produzidas pelo avaliador, cotando-se de acordo com a precisão das imitações;
- **Vigilância:** inicialmente é avaliada a manutenção da atenção do indivíduo com base na observação do avaliador. Depois, é solicitado que agarre um cubo ao sinal. A cotação é dada conforme o avaliado agarra, ou não, o cubo no momento certo. É ainda solicitado que identifique cores e formas, sendo a cotação atribuída de acordo com as respostas certas;
- **Memória Percetiva:** o idoso deve recordar as cores nomeadas no item anterior. A cotação é dada de acordo com o número de cores lembradas. Tem também de recordar as posições corporais realizadas no âmbito do conhecimento das partes do corpo. A pontuação varia em função das pistas necessárias;
- **Domínio Espacial:** inicialmente, o sujeito deve localizar-se relativamente à instituição e respetiva localidade. Depois deve demonstrar noções de frente-trás e cima-baixo utilizando objetos, dividir linhas em duas e três partes iguais, apontar objetos de acordo com determinadas instruções e responder a perguntas sobre o posicionamento dos mesmos. Por último, deve indicar o trajeto para uma divisão previamente definida. A pontuação é dada conforme as tarefas são realizada de forma correta ou incorreta.
- **Memória Verbal:** o indivíduo deve repetir três palavras que lhe são ditas, de seguida, referir, por ordem cronológica, três momentos do seu dia e, por último, evocar as palavras ditas inicialmente. A cotação varia consoante a quantidade de ajudas necessárias;
- **Perceção:** o avaliado deve reconhecer a canção 'Parabéns a Você', cantando-a com o avaliador, imitar ritmos, identificar objetos através do tato e imagens. A pontuação é dada consoante a pessoa obtém ou não êxito. Por último, é solicitado que leia um texto e a cotação é feita de acordo com o número de anomalias;

- Domínio Temporal: o sujeito deve referir a sua data de nascimento, a data do dia, indicar a hora que vê num relógio, nomear, por ordem, os dias da semana e os meses do ano, respondendo também a questões sobre a sua ordem. Por último, deve organizar quatro imagens de uma sequência de uma ação. A pontuação é atribuída de acordo com as respostas corretas e/ou incorretas;
- Comunicação: com base na observação do avaliador, é analisada a linguagem, compreensão das instruções e a expressividade facial e corporal durante o tempo de avaliação.

A aplicação do EGP demora cerca de uma hora, pode ser realizada numa vez só e a ordem de aplicação pode ser adaptada em função das características do sujeito (Michel et al., 2011; Morais et al., 2016). Os autores afirmam que pode ser aplicado em contexto institucional ou domiciliário e salientam alguns cuidados a ter no decorrer da avaliação, como confirmar o consentimento do avaliado ou do seu cuidador, assegurar a confidencialidade das informações, verificar se a pessoa utiliza alguma tecnologia de apoio, garantir condições de luminosidade adequadas e eliminar possíveis fatores distráteis. Referem ainda que a sua aplicação pode ser repetida no período de três meses, seis meses e um ano.

1.3. Contexto de Intervenção

O Centro de Dia não dispunha de um espaço com condições adequadas para a realização das sessões. Assim sendo, foi necessário adaptar o refeitório para o efeito, afastando as mesas de forma a obter o maior espaço útil possível, reorganizando o local no final das sessões. A equipa do Centro de dia foi excecional a este respeito, organizando previamente o refeitório de forma a rentabilizar o tempo de intervenção.

Relativamente ao material, a maioria foi cedida pela Junta de Freguesia de Belém ou produzido pelo psicomotricista estagiário. Do centro foram apenas utilizadas semanalmente as cadeiras e em algumas sessões as mesas, o rádio, os talheres e fita adesiva.

1.4. Condições e Procedimentos de Avaliação

A avaliação inicial foi realizada ao longo dos três primeiros meses em horário complementar e apenas ao grupo apresentado anteriormente. Desta forma, foram consultados os processos individuais destes clientes e a sua avaliação inicial e final resultou da aplicação do EGP. Salientar o facto de um dos elementos já não se encontrava no centro de dia no momento de avaliação final e a adaptação do EGP em função das suas limitações visuais de um dos clientes, o que invalidou a adoção da

cotação de vários itens, tendo neste caso sido realizada apenas uma análise qualitativa. Assim sendo, análise dos resultados conta apenas com as avaliações de 5 clientes.

1.5. Planeamento da Intervenção

O planeamento da intervenção delineou um total de 25 sessões, das quais foram realizadas 22 em virtude da realização de um passeio por parte do Centro de Dia e por motivos de saúde do psicomotricista estagiário. Numa primeira fase os objetivos traçados foram orientados para uma intervenção universal (tabela 15), tendo maioritariamente em conta a informação facultada pela literatura, já que a avaliação inicial foi realizada periodicamente ao longo da intervenção.

Tabela 15 - Objetivos gerais e específicos iniciais (Centro de Dia)

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Atenuar a regressão psicomotora	Promover a passividade muscular
	Melhorar a mobilidade articular
	Estimular o equilíbrio estático e dinâmico
	Promover a consciencialização corporal
	Promover a orientação espacial
	Estimular a sequencialização de acontecimentos
	Estimular a marcha
	Melhorar a precisão dos movimentos finos
	Promover a coordenação manual
	Estimular a coordenação oculopedal e oculomanual
Desenvolver as competências socioemocionais	Fomentar o autoconhecimento
	Estimular a autoestima
	Estimular a empatia
	Promover a autoeficácia
	Estimular a comunicação verbal e não-verbal
	Promover a comunicação assertiva
	Fomentar a cooperação
	Promover a resolução de problemas
	Estimular a partilha de vivências pessoais
Potenciar as funções executivas	Estimular a memória trabalho e a longo prazo
	Fomentar a atenção seletiva e sustentada

Após ser concluída a avaliação inicial e tendo em conta a observação realizada, foi possível reajustar os objetivos da intervenção que tinham sido previamente delineados. Assim, foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais e específicos (tabela 16).

Tabela 16 - Objetivos gerais e específicos reajustados (Centro de Dia)

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver o equilíbrio estático	Estimular o equilíbrio unipedal
Potenciar o equilíbrio dinâmico	Aumentar a velocidade da marcha
Desenvolver o Tônus Muscular	Estimular a passividade dos membros
	Estimular a extensibilidade dos membros
Potenciar a motricidade fina	Promover a agilidade digital
	Estimular os movimentos de pinça
	Estimular a autoestima
	Promover a autoeficácia
Desenvolver as competências socioemocionais	Estimular a comunicação não-verbal
	Promover a comunicação assertiva
	Fomentar a cooperação
	Promover a resolução de problemas
	Estimular a partilha de vivências pessoais
Potenciar as funções executivas	Estimular a memória trabalho e a longo prazo
	Fomentar a atenção seletiva e sustentada

Relativamente à estruturação, as sessões eram compostas por cinco momentos, nomeadamente:

- Diálogo inicial: momento de partilha em grupo sobre as vivências e acontecimentos do quotidiano e o estado geral de cada um. Descrição das atividades da sessão anterior e respetivos propósitos. Enquadramento temporal da sessão e o esclarecimento das dinâmicas que se iriam realizar;
- Ativação Corporal: mobilização global do corpo e ativação psicológica. Com o decorrer das sessões, a orientação deste momento passou a ser da responsabilidade do grupo;

- Atividades centrais: realização de diferentes atividades de acordo com os objetivos de cada sessão, geralmente duas por sessão;
- Retorno à Calma: promoção da regulação tónica e descontração muscular;
- Diálogo final: momento de partilha em grupo sobre o estado corporal e psíquico de cada elemento. Descrição das atividades realizadas, partilha da experiência inerente à realização das mesmas e análise da sua relevância para o dia-a-dia.

1.6. Apresentação e Discussão dos Resultados

A análise dos resultados teve, novamente, em consideração a dimensão reduzida do grupo, abordando individualmente os resultados em cada uma das áreas significativas. Primeiramente serão analisados os resultados referentes à mobilidade articular dos membros superiores e inferiores, obtidos através da aplicação do EGP (figura 7).

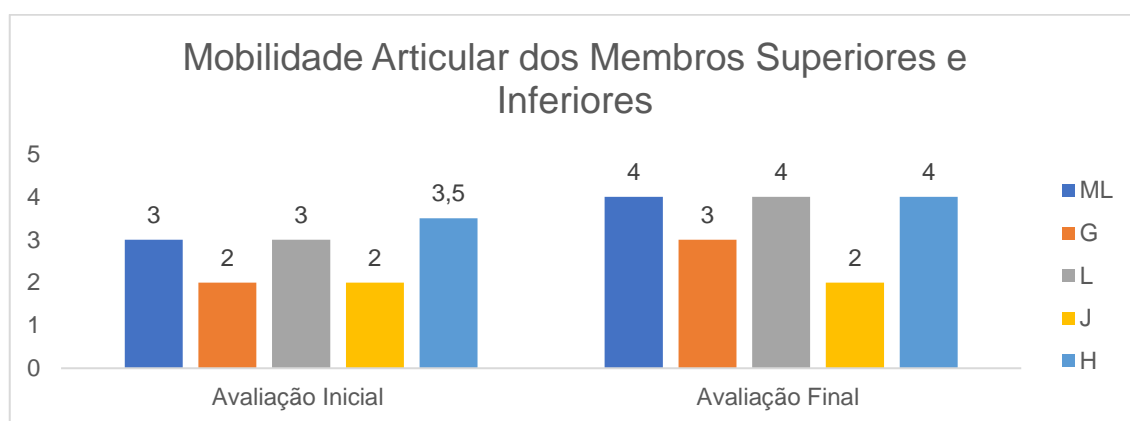


Figura 7 - Resultados da mobilidade articular dos membros superiores e inferiores

Apesar da avaliação da mobilidade articular dos membros superiores ser independente da avaliação da mobilidade articular dos membros inferiores, os resultados são apresentados em conjunto uma vez que a cotação inicial e final de todos os elementos foi a mesma nos dois domínios.

Com base na avaliação inicial verifica-se que a H obteve a pontuação mais elevada (3,5), já a G e o J alcançaram a menor cotação (2). No entanto, o resultado alcançado pela G corresponde apenas à mobilização passiva e ativa dos membros do lado direito, pois esta sofreu um AVC que provocou grandes limitações na mobilidade dos membros do lado esquerdo. De forma geral, foi observada uma forte tensão muscular, assim como a antecipação dos movimentos, i.e., a mobilização ativa nos momentos de mobilização passiva, principalmente ao nível da anca, cotovelo e ombro. Estes resultados vão de encontro à perspetiva de que existe maior rigidez muscular e menor elasticidade nesta fase da vida (Juhel 2010).

A avaliação final evidenciou melhorias por parte do grupo, à exceção do J. Os progressos centraram-se sobretudo ao nível da mobilização passiva, já que a antecipação dos movimentos diminuiu e a capacidade de relaxar aumentou. Destacar ainda que a G conseguiu realizar a mobilização ativa do ombro e da anca do lado esquerdo. Estes resultados podem espelhar os benefícios inerentes ao movimento terapêutico na redução da tensão muscular (Kagawa et al., 2013; Kwakkel, Veerbeek, van Wegen & Wolf, 2015) e promoção de um tónus funcional (Tuzzo & Demarchi, 2007). Os momentos de ativação corporal e de retorno à calma podem ter tido um contributo particular no aumento da extensibilidade e passividade dos membros, respetivamente.

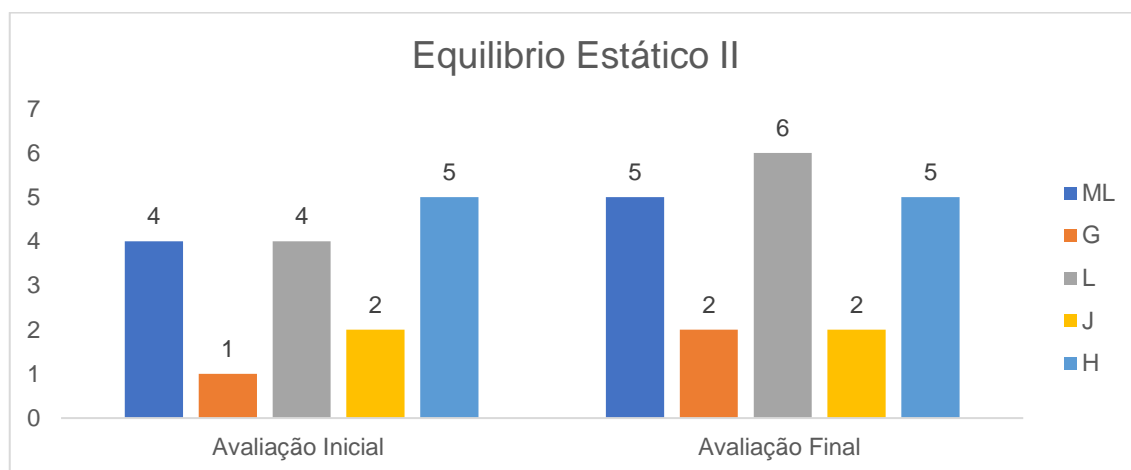


Figura 8 - Resultados do Equilíbrio Estático II

Relativamente ao equilíbrio estático II, a pontuação mais elevada (5) foi atingida pela H. O aspeto diferenciador para com a ML e o L foi o facto de esta ter conseguido manter o equilíbrio, com apoio, na ponta de um pé. Estes três elementos conseguiram equilibrar-se, sem apoio, nas pontas dos dois pés e sobre um único pé. A G obteve a pontuação mais baixa (1) uma vez que apenas conseguiu realizar, com apoio, o equilíbrio sobre um pé, face às limitações já mencionadas. Já o J recorreu ao apoio para se equilibrar tanto nas pontas dos dois pés como sobre um único pé.

Estes resultados podem corroborar o facto de a menor amplitude articular influenciar o equilíbrio estático (Aubert & Albaret, 2001; Barreiros, 2006; Juhel, 2010; Lesinski et al., 2015; Manna et al., 2008) uma vez que os elementos com mais dificuldades a este nível apresentam também menos capacidades no âmbito da mobilidade articular (figura 7).

Após a intervenção, o L protagonizou a maior evolução, obtendo a cotação máxima (6). Durante o período de intervenção o L perdeu algum peso, o que pode ter facilitado esta evolução, já que deixou de ser necessário produzir tanta força e esta é uma dimensão importante no controlo do sistema postural (Aubert & Albaret, 2001; Barreiros, 2006; Juhel, 2010; Lesinski et al., 2015; Manna et al., 2008).

O desenvolvimento tônico mencionado anteriormente pode também explicar as melhorias conquistadas por todos os elementos, à exceção do J, tal como sugere Segev-Jacubovski et al. (2011). Por último, referir que na avaliação final a G conseguiu equilibrar-se na ponta dos dois pés com apoio.

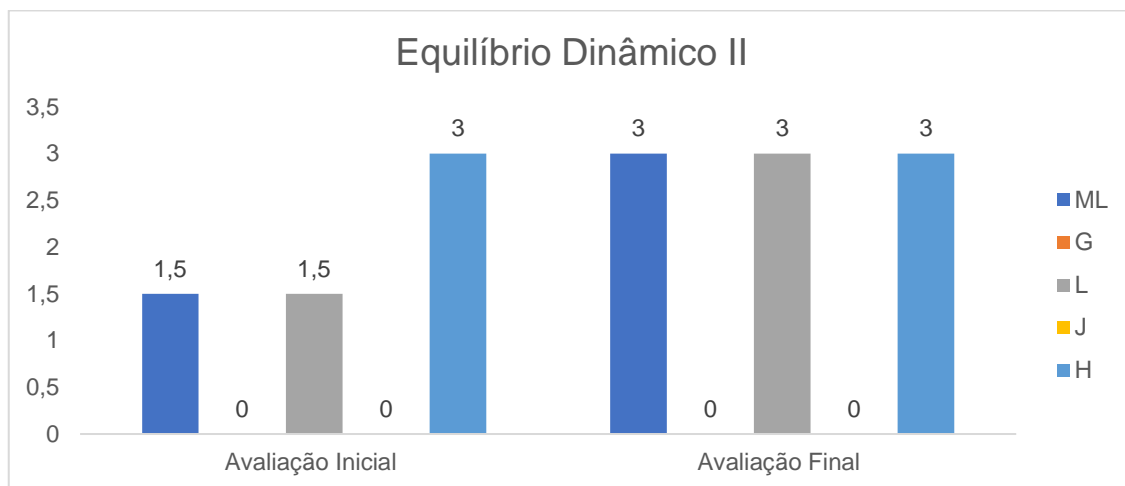


Figura 9 - Resultados do Equilíbrio Dinâmico II

O equilíbrio dinâmico II foi o domínio em que o grupo apresentou a pior cotação em ambos os momentos de avaliação. Tanto a G como o J necessitam de auxiliares de locomoção para se deslocarem e têm dificuldades em adotar um modo de deslocamento acelerado. Ambos tiveram a pontuação mínima (0), o J recusou-se a realizar as tarefas enquanto a G tentou cumprir com o que foi solicitado, mas sem sucesso. A marcha acelerada foi realizada durante 10 metros apenas pela H, já a ML e o L conseguiram percorrer metade da distância. Estes resultados vão de encontro às repercussões do envelhecimento ao nível da velocidade e eficácia da marcha (Barreiros, 2006; Juhel, 2010).

Na avaliação final, só a ML e o L demonstraram melhorias ao conseguir realizar os 10 metros em marcha acelerada. Os progressos do J não dizem respeito ao domínio em questão, pois obteve a mesma cotação, mas sim a uma mudança de atitude. Desta vez, realizou a tarefa utilizando as suas canadianas, porém a sua passada era curta e lenta. Por fim, a G continuou sem conseguir aumentar o ritmo da marcha, no entanto é preciso ter em consideração as limitações inerentes à sua condição física. Assim sendo, as atividades realizadas (e.g.: percursos e circuitos) contribuíram para melhor a velocidade da marcha tal como defendem Aubert e Albaret (2001), Jiménez e Garcia (2011) e Juhel (2010), mas apenas dos elementos que não utilizavam tecnologias de apoio para se deslocarem.

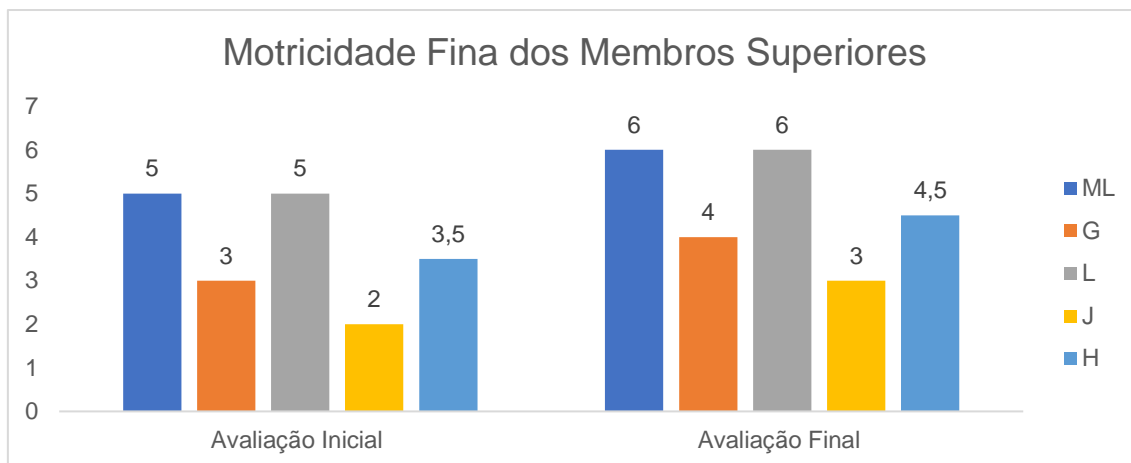


Figura 10 - Resultados da motricidade fina dos membros superiores

No que diz respeito à avaliação inicial da motricidade fina dos membros superiores, a ML e o L não alcançaram a cotação máxima (6) uma vez que não abotoaram os três 3 botões em menos de 30 segundos e não conseguiram levantar, um a um, os dedos da mão esquerda no item “tamborilar”. A diminuição da precisão, força e independência dos movimentos dos dedos (Lindberg et al., 2010; Mirakhorlo et al., 2018; Sommervoll et al., 2011) foi observada sobretudo nos restantes elementos. A ação global dos dedos foi uma característica comum aos três, já os tremores foram observados apenas nos movimentos do J e da H. O grupo demonstrou mais facilidade em desabotoar do que em abotoar, talvez por implicar uma menor precisão dos movimentos. Destacar ainda que a G não realizou as tarefas com a mão esquerda, mas conseguiu desabotoar os três botões em menos de 30 segundo só com a mão direita.

Os resultados finais demonstraram uma evolução geral, algo que não aconteceu nos domínios anteriores. A intervenção proporcionou diversos momentos de manuseamento de plasticinas, pinceis, lápis, fios e tesouras, assim como a realização de vários jogos de mesa o que, segundo Nuñez e González (2001), permite estimular as capacidades deste domínio. Realçar a cotação máxima (6) obtida por dois elementos (ML e L) e o facto do J ter apresentado melhorais, ao contrário do que se verificou nas áreas anteriores.

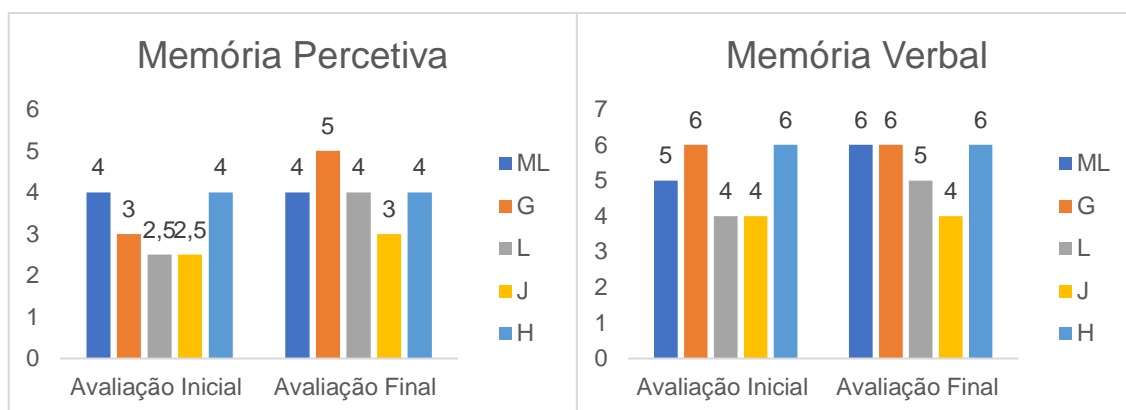


Figura 11 - Resultados da memória percetiva e memória verbal

Nos domínios relativos à memória, inicialmente o grupo apresentou melhores resultados ao nível da memória verbal. Neste domínio a menor cotação atingida foi 4 (L e J) e a maior foi 6 (G e H). A evocação imediata foi realizada com facilidade, porém a evocação diferida colocou algumas dificuldades, particularmente a palavra “pêssego” que foi substituída por outras frutas (ML, L e J). O declínio da memória associado ao envelhecimento (APA, 2013; Blasco & Ribes, 2016) pode estar maioritariamente representado nos resultados obtidos no âmbito da memória percetiva onde a cotação mais elevada foi 4 (ML e H) e a menor 2,5 (L e J). Aqui a evocação das cores obedeceu ao efeito de recência e as posições foram recordadas através de pistas (ML, G e H) ou reconhecimento (L e J). Em ambos os domínios o género masculino manifestou mais dificuldades, tal como sugere Pliatsikas et al. (2018).

No segundo momento de avaliação, a memória verbal continuou a estar mais desenvolvida. A ML obteve a pontuação máxima (6) tal como os elementos que, no princípio, tiveram esta cotação. Também se verificam melhorias na avaliação do L (5), já o J manteve a pontuação (4). Na memória percetiva verificaram-se melhorias nos 3 elementos com os resultados iniciais inferiores. A maior evolução diz respeito à avaliação da G (5) e a menor aos resultados do J (3).

A intervenção desenvolvida pode ter contribuído para os progressos em questão, quer pelas atividades de associação e memorização (Gonçalves, 2012) quer pela própria organização das sessões. O diálogo inicial pode ter sido importante, na medida em que era solicitada a partilha de vivências e acontecimentos do quotidiano e a descrição das atividades da sessão anterior, assim como o diálogo final onde se recordavam as atividades realizadas à instantes e se estabelecia uma relação com as necessidades do dia-a-dia. Destacar ainda que a orientação da ativação corporal por parte do grupo pode também ser um fator explicativo dos resultados obtidos, já que o grupo procurava seguir os exemplos dados pelo estagiário nas primeiras sessões.

Para além das inferências realizadas com base nas avaliações formais, obtidas através da aplicação do EGP, é ainda relevante referir a evolução observada de forma indireta pelo psicomotricista estagiário, sobretudo a nível socioemocional. Deste modo, as conquistas semanais que o grupo alcançou permitiram consolidar o conceito de autoeficácia e autoestima, tal como sugere Nuñez e González (2001), o que teve impacto quer na motivação para os momentos de intervenção como na forma como encaravam as propostas colocadas pelo centro de dia. Como propõem Castiglia et al. (2016), Morais (2007) e Tuzzo e Demarchi (2007), a intervenção promoveu uma comunicação mais assertiva (e.g.: menos palavrões), as relações tornaram-se mais saudáveis e os conflitos passam a ser esporádicos. Indo novamente de encontro a Castiglia et al. (2016), a entreaajuda e o respeito pelo outro começaram a ser características das sessões, assim como a maior disponibilidade para partilhar emoções e opiniões. Os comentários desagradáveis face a determinadas perguntas ou ações realizadas foram substituídos por pequenas chamadas de atenção, explicações sucintas, demonstrações ou apoio. Nas sessões finais o tempo dedicado ao diálogo final era frequentemente excedido como consequência do aumento da participação do grupo e da pertinência das intervenções. Esta evolução socioemocional pode também ser explicada devido às melhorias funcionais anteriormente analisadas, como referem Nuñez e González (2001).

1.7. Conclusões da intervenção em grupo

De forma geral, o grupo apresentou melhorias após o período de intervenção. O elemento com menor número de sessões realizadas (J) foi também o que apresentou uma evolução menos expressiva. Contudo as suas limitações motoras devem ser consideradas nesta análise. Já no caso da G, algumas das consequências do AVC foram atenuadas. Em algumas atividades acabou por dispensar o uso da canadiana e solicitou apenas o acompanhamento do estagiário na sua realização. O confronto diário com a superação e a perda de peso do L tiveram um impacto socioemocional enorme. As participações esporádicas deram lugar à boa disposição contagiante e à adoção de um papel motivador no seio do grupo. O desenvolvimento socioemocional foi o aspeto fulcral no caso da ML que no início da intervenção apresentava, invariavelmente, um semblante carregado, uma vertente crítica muito acentuada e dificuldades em cooperar. Ao longo das sessões, tornou-se uma pessoa mais motivada, empática e cooperativa, algo que foi reforçado por elementos da equipa técnica do centro de dia. Por fim, a H mantinha uma postura discreta, mas segura nos momentos em que era solicitada a sua participação, tanto nas atividades como nos diálogos, acabando por ser bem-sucedida frequentemente. As atividades em que demonstrava mais entusiasmo centravam-se na

motricidade fina dos membros superiores, um domínio mais desafiante, em que se deparava com dificuldades em virtude das suas artroses e onde melhorou as suas capacidades.

Assim sendo, a intervenção psicomotora poderá assegurar a manutenção da autonomia através da preservação da funcionalidade, algo que Guiomar (2010) e WHO (2002) consideram fundamental para o envelhecimento ativo. Esta terapia de mediação corporal (Morais, 2007) ao assumir uma visão holística (Faddoul et al., 2017; Olalla, 2009) poderá contemplar as diferentes dimensões do envelhecimento na sua prática, tal como sugere Tuzzo e Demarchi (2007), contribuindo para a qualidade de vida dos idosos.

Principais Dificuldades e Limitações

O trabalho desenvolvido em contexto escolar evidenciou a importância dos professores para o sucesso da intervenção psicomotora. Na EB1 Moinhos do Restelo uma das professoras interferiu, em diversos momentos, com a frequência e duração das sessões ao negar a saída das crianças da sala de aula. Condicionou também a constituição dos grupos ao dispensar apenas determinados alunos quando estes estavam com um comportamento desadequado na sala de aula e/ou originaram desacatos durante o intervalo. A frequência destas limitações aumentou ao longo do ano letivo o que poderá ser reflexo da gestão dos conteúdos académicos praticada pela professora. Face a estas adversidades, o psicomotricista estagiário tentou sensibilizar a professora relativamente à relevância do trabalho desenvolvido em sessão e a importância da estabilidade durante o processo terapêutico, mas não existiu grande receptividade. Realçar que não se tratava do seu primeiro contacto com a psicomotricidade, já que os seus alunos usufruíam da intervenção no ano letivo anterior e a professora demonstrou progressos comportamentais na avaliação realizada.

Relativamente ao processo de avaliação, alguns dos professores acabam por condicionar a análise do trabalho desenvolvido uma vez que não realizaram a avaliação final. Os questionários foram enviados atempadamente em formato digital com o intuito de facilitar o seu preenchimento e prevenir esta situação. Os professores que não responderam ao questionário foram alertados, sendo enviado novamente o questionário ou entregue em papel caso solicitado. Porém, não foram entregues os resultados finais da maioria das crianças na EB1 dos Moinhos do Restelo e do grupo BR1, da EB1 Bairro do Restelo. Desta forma, a análise da intervenção em contexto escolar acabou por ser fortemente condicionada. A realização de reuniões periódicas com o conjunto de professores pode contrariar estas dificuldades através da partilha, em grupo, de

experiências e preocupações referentes ao comportamento dos seus alunos, estabelecendo uma relação direta com o papel que a intervenção psicomotora pode assumir.

No que diz respeito às condições disponíveis, verificou-se uma discrepância entre as diferentes escolas. Na EB1 Bairro do Restelo as condições eram fantásticas, apesar de nas últimas semanas o ginásio ter sido transformado num espaço administrativo face ao início das obras no edifício em questão. Na EB1 Moinhos do Restelo foi disponibilizada a sala destinada à componente de apoio à família. Não sendo o espaço indicado, a organização prévia da sala tornava possível realizar as sessões, porém as que ocorriam no período da tarde eram, invariavelmente, interrompidas na última atividade ou na reflexão final pela equipa que trabalhava naquele espaço. Perante este cenário e uma vez que antecipar as sessões não era possível, o planeamento das mesmas foi reestruturado de forma a atenuar esta adversidade e aumentar a produtividade do momento final. Por último, a EB1 de Caselas estava em obras e as aulas decorriam em “contentores”, sendo que um deles compreendia o refeitório e um pequeno ginásio, com imensos materiais, onde decorriam as sessões. Para além das dimensões reduzidas o facto de ser um espaço partilhado interferia com o ambiente terapêutico. Em vários momentos foi utilizado o espaço exterior existindo a condicionante das condições climáticas.

Em contexto institucional, a orientadora local não tinha disponibilidade para acompanhar presencialmente as sessões realizadas. Este é um aspeto diferenciador comparativamente com a intervenção em contexto escolar e que esteve diretamente relacionado com a evolução profissional do psicomotricista estagiário, no que diz respeito ao planeamento e coordenação das sessões de forma autónoma. Deste modo, as dificuldades e preocupações sentidas e as possíveis estratégias eram discutidas, sempre que possível, após as sessões.

A organização subjacente a uma casa de acolhimento como a Casa da Fonte, com uma faixa etária alargada e um número elevado de crianças e jovens, dificulta a estabilidade da intervenção psicomotora no que diz respeito à sua frequência e duração. Durante o período inicial o psicomotricista estagiário não sentiu a colaboração da equipa técnica o que agravava as dificuldades existentes. As sessões eram encaradas como algo que quebrava a rotina da casa e não como parte integrante da mesma. A presença da orientadora local e/ou de outro elemento da equipa, também ele psicomotricista, facilitava imenso a realização das sessões, contudo não era algo constante uma vez que trabalhavam por turnos. Esta perceção foi transmitida à orientadora local que partilhou com a equipa da casa e passou a existir uma maior flexibilidade por parte da

mesma. Talvez tivesse sido importante o psicomotricista estagiário estar presente nas reuniões de equipa de forma a partilhar o trabalho desenvolvido ao longo da intervenção, no entanto o horário das reuniões coincidiam com o trabalho desenvolvido na Junta de Freguesia de Belém o que impossibilitava a sua participação.

A intervenção com os jovens apresentou mais limitações comparativamente com a intervenção realizada com as crianças. Estes deslocavam-se de forma autónoma para casa e, por vezes, não chegavam às horas em que as sessões começavam, algo que fugia ao controlo da equipa técnica. Os jovens também manifestavam uma grande resistência em realizar os momentos de estudo e, nos dias das sessões, a sua oposição perante as tarefas escolares era superior uma vez que as tinham de ser realizadas mais tarde. O psicomotricista tentou sensibilizá-los diversas vezes para a importância de cumprirem o horário, tanto pelas sessões como pela organização da casa. Foi ainda reforçado que a intervenção não substituíria as responsabilidades escolares, porém poderia contribuir para o desempenho escolar e abordar os conteúdos académicos sempre que necessário.

As dimensões dos espaços disponíveis para as sessões eram bastante reduzidas. Os espaços interiores eram ainda constituídos por materiais de difícil manuseamento (e.g.: mesas, cadeiras, sofás) e distráteis para as crianças (e.g.: brinquedos e livros). A utilização do espaço exterior estava dependente das condições climáticas e à mercê das interrupções das restantes crianças e jovens da casa. Existiu uma tentativa de contornar estas dificuldades, recorrendo a um espaço cedido pelos Bombeiros de Oeiras, mas o psicomotricista estagiário optou por não o utilizar a partir de Janeiro. Era bastante amplo e com a presença de imensos fatores distráteis como elementos decorativos referentes à profissão em questão, interrupções frequentes e ruído proveniente das restantes divisões o que dificultava a criação de um ambiente estável, organizado e seguro. E, apesar de ser próximo da casa de acolhimento, a deslocação atrasava ainda mais o início das sessões. Por último, realçar que a distância a que a Casa da Fonte se encontra dos restantes locais de estágio dificultou o envolvimento do psicomotricista estagiário e a gestão do estágio curricular.

Em relação à intervenção no Centro de Dia, o facto de a intervenção ter um carácter livre, em que a participação dos clientes é facultativa, surgiu como uma limitação inicial, na medida em que dificultava o planeamento das sessões. No entanto, o compromisso criado com um conjunto de idosos acabou por atenuar esta dificuldade. A realização da avaliação inicial durante o período de intervenção acabou por ser uma limitação na medida em que poderá ter condicionado os resultados iniciais e aumentou a carga horária do estagiário. A falta de material tornava o planeamento das sessões mais

exigente, tendo de ser realizado com alguma antecedência de forma a construir os materiais pretendidos ou a solicitá-los na Junta de Freguesia de Belém. Assim sendo, a organização do psicomotricista estagiário é fundamental para amenizar esta dificuldade.

Atividades Complementares

Além das atividades mencionadas, o psicomotricista estagiário participou em alguns projetos e atividades complementares que se encontram descritos seguidamente.

Foi dada continuidade ao projeto “Cartas para um Sábio”, implementado em 2016 pela orientadora local da Junta de Freguesia de Belém em parceria com a orientadora local da Casa da Fonte durante o seu estágio curricular. Consiste numa parceria entre o Centro de Dia São Francisco Xavier e a EB1 de Caselas com o intuito de desenvolver um meio de comunicação entre a população sénior e a população infantil da turma do 4º ano, através da troca regular de cartas manuscritas para promover a troca de experiências e partilha de conhecimentos.

Este é um projeto intergeracional que procura fomentar o relacionamento entre as partes, combater os possíveis preconceitos relacionados com os idosos e estimular a expressão e criatividade de ambas as gerações. A correspondência foi iniciada pela população infantil com pequenas cartas de apresentação em que colocaram algumas questões que gostavam de ver respondidas pelos idosos. A atribuição do “avô” ou “avó” foi realizada de forma aleatória e definiu a troca de correspondência a partir daquele momento, i.e., as cartas seguintes foram sempre dirigidas à mesma pessoa. Além das cartas escritas foram trocados outro tipo de trabalhos, como pinturas, desenhos e pequenos presentes. No final do ano letivo, foi realizado um lanche convívio no centro de dia para a apresentação formal das crianças e dos idosos.

Em conjunto com a orientadora local foi proposto, em reunião de equipa, implementar um novo projeto de Psicomotricidade na Junta de Freguesia de Belém. Este destinava-se aos cuidadores informais da freguesia e tinha como objetivo aumentar a sua qualidade de vida e bem-estar biopsicossocial, promovendo a sua regulação tónica e emocional e o seu comportamento adaptativo. A proposta foi valorizada, no entanto era necessário averiguar a pertinência do projeto para os fregueses. Deste modo, a Junta de Freguesia ficou de identificar quais as dificuldades sentidas a este nível para justificar a criação do projeto e assegurar o seu planeamento adequado. Este não foi implementado durante o estágio, contudo poderá ser posto em prática no futuro.

Ainda na Junta de Freguesia de Belém, o psicomotricista estagiário participou na Feira da Educação e da Saúde de Belém, realizada nos dias 17 e 18 de Maio de 2018, no

espaço destinado aos projetos “Psicomotricidade na Escola” e “Sonhar Acordado” para a divulgação do trabalho realizado no ano em questão. Esteve ainda presente na formação dos monitores para os campos de férias de Verão que decorreu na Escola EB 2,3 Paula Vicente, em Belém.

O psicomotricista estagiário participou numa ação piloto de desenvolvimento da resiliência no âmbito do projeto ENRETE - *Enhancing Resilience Through Teacher Education* - num total de 20 horas dedicadas aos seguintes conteúdos: a) Resiliência no desenvolvimento humano; e b) Processos contextuais na promoção da resiliência: clima na sala de aula e na escola (Aprendizagem cooperativa/colaborativa; Relações afetivas e comportamento positivo na sala de aula; Identificação de necessidades especiais).

Esta ação decorreu no âmbito do desenvolvimento de um Mestrado Europeu que tem como objetivo contribuir para a criação de ambientes que promovam a resiliência e o desenvolvimento de alunos vulneráveis, fornecendo-lhes ferramentas, recursos e contextos que facilitem a sua aprendizagem académica, social e emocional, e que promovam a inclusão social e a cidadania ativa. O projeto ENRETE conta a participação de seis entidades europeias, nomeadamente a Universidade de Malta (coordenador), a Universidade de Rijeke (Croácia), a Universidade de Creta (Grécia), a Universidade de Pávia (Itália), a Universidade de Lisboa (Portugal) e a Universidade de Stefan cel Mare, Suceava (Roménia). O psicomotricista estagiário participou no desenvolvimento deste projeto, contribuindo nas traduções de alguns conteúdos académicos que iriam integrar os módulos do Mestrado Europeu em questão e participou em duas reuniões que decorreram na Faculdade de Motricidade Humana e que contaram com a presença dos seis parceiros europeus.

Por último, referir que no âmbito da semana da reabilitação psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, foi elaborado um póster informativo com o objetivo de clarificar os vários contextos de intervenção do estágio curricular e partilhar os principais desafios e conquistas inerentes ao mesmo.

Conclusões e Recomendações Futuras

O principal objetivo da redação deste relatório passou por agregar, num único documento, informação acerca das temáticas abordadas no estágio curricular e o trabalho desenvolvido durante o mesmo, de forma a criar-se uma base de sustentação teórica e empírica sobre a intervenção psicomotora nos diversos contextos abrangidos.

No âmbito da intervenção com crianças e jovens foram abordados os conceitos de risco e resiliência, o panorama de proteção e promoção dos direitos das crianças e jovens no nosso país e os efeitos das experiências de risco a nível socioemocional, sendo também analisado o processo de envelhecimento tendo em conta o trabalho desenvolvido junto da população idosa. Além disso, foi feita uma abordagem teórica sobre os fundamentos da Psicomotricidade e a pertinência da intervenção psicomotora no âmbito da promoção das competências socioemocionais nos vários contextos, bem como na manutenção da funcionalidade dos idosos. Posteriormente, foram apresentados os vários locais que incorporaram o estágio curricular e a intervenção realizada em cada um deles.

No contexto escolar, o trabalho desenvolvido no âmbito da “Psicomotricidade na Escola” contribuiu para melhorar o reconhecimento de problemas, a definição de objetivos, a identificação e avaliação de alternativas e a tomada de decisão responsável. A consolidação destas competências poderá justificar a evolução comportamental indicada pela avaliação. A pertinência da intervenção realizada poderia ter sido sustentada de melhor forma, caso tivesse existido uma maior colaboração por parte de alguns professores ao longo do processo terapêutico e no momento de avaliação final. O processo de avaliação seguiu os procedimentos praticados pela Junta de Freguesia de Belém, no entanto a avaliação familiar poderia ter sido relevante na análise realizada, sendo um complemento a ter em consideração em trabalhos futuros.

A intervenção realizada na Casa da Fonte também apresentou resultados positivos, tanto em grupo como individualmente. As principais competências desenvolvidas relacionam-se com o respeito pelas regras, resistência à frustração, diminuição da impulsividade e capacidade de atenção. Esta evolução também poderá ter beneficiado da redução do número de crianças e jovens acolhidos neste local o que proporcionou um ambiente mais responsivo e seguro. Neste caso, existiu um maior domínio da informação referente aos contextos significativos das crianças e jovens o que permitiu obter uma perspetiva mais alargada dos benefícios da intervenção.

Considerando as limitações inerentes ao contexto em questão, designadamente o número elevado de crianças e jovens acolhidos e a fraca colaboração da vasta equipa

técnica, tornar a Casa da Fonte um estágio independente iria facilitar e potenciar o trabalho desenvolvido. Primeiramente, a seleção das crianças e jovens deixaria de estar condicionada pela necessidade de conciliar a intervenção realizada com o trabalho desenvolvido na Junta de Freguesia de Belém. Neste cenário, a presença do estagiário seria maior o que facilitava a interação com o vasto leque de profissionais e permitia a participação nas reuniões de equipa. As dificuldades sentidas ao nível da frequência e duração das sessões com os jovens eram colmatadas, já que esta alteração beneficiava a relação empática criada com os mesmos e permitia uma maior flexibilidade horária do estagiário. O aumento da comunicação com equipa técnica poderia também ser relevantes a este nível, existindo um maior apoio para a realização das sessões.

No Centro de Dia, a análise do trabalho desenvolvido indica melhorias na mobilidade articular dos membros superiores e inferiores, no equilíbrio estático, na motricidade fina dos membros superiores e na memória percetiva e verbal. Além disso, foram observados progressos ao nível da autoestima, autoeficácia, comunicação e cooperação. Os resultados poderiam ser mais significativos caso a avaliação inicial não tivesse decorrido ao longo da intervenção.

O projeto “Sonhar Acordado” para além da importância que teve na consciencialização dos estados tónicos e na promoção do autoconhecimento, resistência à frustração, respeito pelo outro, capacidade de escuta e imaginação das crianças, foi algo bastante gratificante para o psicomotricista estagiário. A intervenção aqui realizada permite ainda a identificação precoce de casos em que é essencial intervir no desenvolvimento socioemocional e/ou psicomotor.

A participação no projeto “Afetos na Escola” foi importante no crescimento profissional do psicomotricista estagiário uma vez que representou uma forma diferente de intervir e permitiu desenvolver competências de trabalho com grandes grupos e a capacidade de estabelecer relações empáticas num contexto diferente do habitual.

Assim sendo, a pertinência da intervenção psicomotora no âmbito da promoção das competências socioemocionais foi corroborada nos diferentes contextos apresentados. A valorização do corpo e da experiência, a importância dada à relação empática e a abordagem holística que acarreta faz da psicomotricidade uma ferramenta a ter em conta no desenvolvimento socioemocional das crianças, jovens e idosos.

Reflexão Final

“Afinal, se coisas boas se vão é para que coisas melhores possam vir”

Fernando Pessoa

É reconfortante concluir esta etapa e sentir que fiz a escolha certa. Foi um desafio enorme, mas voltava a tomar a mesma decisão. Não foi fácil gerir um estágio tão diversificado e conciliá-lo com a vida pessoal. A realidade é que perdi a noção do número de vezes em que pensei que era demasiado. Vivia numa correria, mas as preocupações e o cansaço evaporavam quando ouvia “o menino devia vir cá mais vezes!” e “já está na hora, vamos!” ou quando via dez crianças a correr na minha direção e me deparava com um olhar que exclamava “tenta levar-me para a sessão outra vez”. Estes não foram os únicos “balões de oxigénio” que fizeram com que terminasse esta “maratona”, a autonomia dada pela orientadora académica e a compreensão, disponibilidade e confiança das orientadoras locais foram determinantes, assim como o apoio e flexibilidade de quem me rodeia.

Esta experiência proporcionou-me duas grandes aprendizagens, designadamente o valor de “deixar ser ... para poder estar ... para poder ajudar” e a importância dos princípios e ferramentas que psicomotricidade fornece a quem pretende atuar com intencionalidade terapêutica, independentemente do contexto ou da formalização de planeamentos e sessões.

A oportunidade de contribuir para o desenvolvimento socioemocional das pessoas com quem privei em contexto terapêutico foi também exímia na promoção da minha resiliência e autonomia. As diferentes equipas técnicas demonstraram-me a importância que a comunicação assume no contexto profissional, a necessidade do planeamento foi consolidada, bem como a relevância da capacidade de adaptação e improviso e, por último, salientar que as crianças, jovens e idosos confirmaram a minha convicção de que o humor é uma condição indispensável na vida.

Terminada esta experiência, sinto-me mais capaz para os futuros desafios pessoais e profissionais e com uma convicção inabalável de que a psicomotricidade me vai acompanhar ao longo do tempo, seja dentro de uma sala terapêutica, sala de estudo, sala de estar, etc.

Bibliografia

Afifi, T. O. e MacMillan, H. L. (2011). Resilience following Child Maltreatment: A Review of Protective Factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 266–272. doi: <https://doi.org/10.1177/070674371105600505>

Aguilar, G. N., Arjona, B. A. e Noriega, G. A. (2015). La resiliencia en la educación, la escuela y la vida. *Perspectivas Docentes*, 58, 42-48.

Albaret, J.-M. e Aubert, E. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In Albaret, J.-M. e Aubert, E. (Ed.). *Vieillesse et Psychomotricité* (pp. 15-44). Marseille: SOLAL.

Ambolt, A., Gard, G. e Hammarlund, C. S. (2016). Therapeutically efficient components of basic body awareness therapy as perceived by experienced therapists: A qualitative study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 21(3), 503-508. doi: 10.1016/j.jbmt.2016.07.006

American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5* (5.^a ed., responsável pelas traduções Maria Luísa Figueira em 2014). Lisboa: Climepsi Editores.

Andrade, S., Santos, P., Costa, A. P. e Souza, D. N. (2014). Bem-estar emocional e implicação: estudo com crianças em acolhimento institucional. *Indagatio Didactica*, 6(3), 156-174.

Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C. e Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 14(2), 133-154. doi: <https://doi.org/10.1002/icd.385>

Baddeley, A. (2012). Working Memory: Theories, Models, and Controversies. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 1-29. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100422>

Barankin, T. (2013). Aperfeiçoar a resiliência de adolescentes e suas famílias. *Adolescência e Saúde*, 10(2), 17-22.

Barasa, E., Mbau, R. e Gilson, L. (2018). What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience. *International journal of health policy and management*, 7(6), 491-503. doi:10.15171/ijhpm.2018.06

Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desvio e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P. P. Correia (Eds.), *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 89- 104). Lisboa: Edições FMH.

Benzies, K. e Mychasiuk, R. (2009), Fostering family resiliency: a review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, 14, 103-114. doi:[10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x)

Blasco, B. C. e Ribes, V. J. (2016). Neurophysiology and ageing. Definition and pathophysiological foundations of cognitive impairment. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 51, 3-6. doi: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(16\)30136-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(16)30136-6)

Bolsoni-Silva, A. T. e Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia comportamental e cognitiva*, 5(2), 91-103.

Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R. e Marturano, E. M. (2011). Problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: modalidades de relatos. *Psico*, 42(3), 354-361.

Bornstein, M. H., Hahn, C.S. e Haynes, O. M. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and psychopathology*, 22(04), 717-735.

Braga, M., Pereira, D. e Simões, M. C. R. (2017). Aprendizagem socioemocional: a intervenção psicomotora em meio escolar para redução de problemas de comportamento e melhoria das competências académicas. *Revista de psicologia da criança e do adolescente*, 7(1-2), 377-396.

Brophy-Herb, H. E., Lee, R. E., Nievar, M. A. e Stollak, G. (2007). Preschoolers' social competence: Relations to family characteristics, teacher behaviors and classroom climate. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(2), 134-148. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2006.12.004>

Bryan, C., O'Shea D. e MacIntyre, T. (2017). Stressing the relevance of resilience: a systematic review of resilience across the domains of sport and work. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1-41. doi: 10.1080/1750984X.2017.1381140

Caballo, V. (2007). *Manual de evolucion y entretenimiento de las habilidades sociales*. Madrid: España editores, S.A.

Cacioppo, J. T. (2002). Social neuroscience: Understanding the pieces fosters understanding the whole and vice versa. *American Psychologist*, 57(11), 819-831. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.57.11.819>

Calenti, J. C. M. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20, 1-13.

Cañadas, C. C., Ayuso, A. P., Barreto, I. M. G., Barrera, M. X. e Madrona, P. G. (2016). La contribución de los juegos cooperativos a la mejora psicomotriz en niños de educación infantil. *Paradigma*, 37(1), 99-134.

Carment, L., Abdellatif, A., Lafuente-Lafuente, C., Pariel, S., Maier, M. A., Belmin, J., e Lindberg, P. G. (2018). Manual dexterity and aging: a pilot study disentangling sensorimotor from cognitive decline. *Frontiers in neurology*, 9.

Castiglia, R. C., Pires, M. M. e Boccardi, D. (2006). Interação social do idoso frente a um programa de formação pessoal. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3(1), 38-50.

Chen, X., Li, D., Li, Z.-y., Li, B. e Liu, M. (2000). Sociable and prosocial dimensions of social competence in Chinese children: Common and unique contributions to social, academic, and psychological adjustment. *Developmental Psychology*, 36(3), 302-314. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.36.3.302>

Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., . . . Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience – A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78-100. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.002>

Cia, F. e Barham, E. J. (2009). Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 45-55.

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning [CASEL]. (2003). *Safe and Sound: An Educational Leader's Guide to Evidence-Based Social and Emotional Learning (SEL) Programs*. Chicago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning

Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPCJR): Lei n.º 217/2017. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 154 — 10 de agosto de 2015, 5695 – 5699.

Cró, M. L. e Pinho, A. M. C. (2016). Resilience and Psychomotricity: inclusion strategies in Preschool Education. *Arena: Journal of Physical Activities*, (5), 90-109.

Dalsant, A., Truzzi, A., Setoh, P. e Esposito, G. (2015). Maternal bonding in childhood moderates autonomic responses to distress stimuli in adult males. *Behavioural brain research*, 292, 428-431. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2015.06.026>

Davies, D. (2010). *Child development: A practitioner's guide*. London: Guilford Press.

Denham, S. A. e Weissberg, R. P. (2004). Social-emotional learning in early childhood: What we know and where to go from here. In E. Chesebrough, P. King, T. P. Gullotta, & M. Bloom (Eds.), *A blueprint for the promotion of prosocial behavior in early childhood* (pp. 13-50). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Dereli, E. (2009). Examining the permanence of the effect of a social skills training program for the acquisition of social problem-solving skills. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 37 (10), 1419-1427. Doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.2009.37.10.1419>

Dolbier, C. L., Jaggars, S. S. e Steinhardt, M. A. (2010). Stress-related growth: pre-intervention correlates and change following a resilience intervention. *Stress and Health*, 26(2), 135-147. doi:10.1002/smi.1275

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. e Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82(1), 405-432. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>

Elias, M. J. e Haynes, N. M. (2008). Social competence, social support, and academic achievement in minority, low-income, urban elementary school children. *School Psychology Quarterly*, 23(4), 474. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1045-3830.23.4.474>

Emck, C. (2004). O funcionamento psicomotor em crianças com perturbações mentais. *A psicomotricidade*, 3, 67-76.

Engle, P. L., Black, M. M., Behrman, J. R., De Mello, M. C., Gertler, P. J., Kapiriri, L., ... e International Child Development Steering Group. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The lancet*, 369(9557), 229-242. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60112-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60112-3)

Erfer, T. e Ziv, A. (2006). Moving toward cohesion: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 238-246.

European Network for Social and Emocional Competence (2018). Retirado de <http://enseceurope.org/>

Faddoul, S. G., Abizeid, C. M. e Albaret, J. M. (2017). Psychomotor Aging in Lebanon: Reliability and Validity of the Geriatric Psychomotor Examination. *J Alzheimers Dis Parkinsonism*, 7(5). doi: 10.4172/2161-0460.1000372

Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Santos, W. e Moreira, M. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 44(4), 1065-1069. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400030>

Fiorentino, M. T. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicología*, 15(1), 95-114.

Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: uma abordagem ao conceito da retrogênese psicomotora. In Fonseca, V. e Martins, R. (Eds.). (2001). *Progressos Em Psicomotricidade*. 1ª Edição. Cruz Quebrada. Edições FMH, 177-220.

Fonseca, V. (2010a). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora.

Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção psicopedagógica*, 18(17), 42-52.

Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: FMH.

Foster, L. e Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective, *The Gerontologist*, 55(1), 83–90. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>

Foster, P. A., Reese-Weber, M. e Kahn, J. H. (2007). Fathers' parenting hassles and coping: Associations with emotional expressiveness and their sons' socioemotional competence. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 16(3), 277-293. doi: <https://doi.org/10.1002/icd.507>

Fritz, J., de Graaff, A. M., Caisley, H., van Harmelen, A. L. e Wilkinson, P. O. (2018). A Systematic Review of Amenable Resilience Factors That Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People. *Frontiers in psychiatry*, 9, 230. doi:10.3389/fpsy.2018.00230

Gershon, P. e Pellitteri, J. (2018). Promoting Emotional Intelligence in preschool education: A review of programs. *International Journal of Emotional Education*, 10(2), 26-41.

Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O portal dos psicólogos*, 18, 1-18.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40(5), 791-799.

Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. e Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 534-539.

Guiomar, V. (2010). Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. *O Portal dos Psicólogos*, 1-16.

Gundersen, K. K. (2014). Social Emotional Competence - too much or too little. *The International Journal of Emotional Education*, 6(1), 4-13.

Gutman, L. M., Sameroff, A. J. e Eccles, J. S. (2002). The academic achievement of African American students during early adolescence: An examination of multiple risk, promotive, and protective factors. *American journal of community psychology*, 30(3), 367-399.

Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 49-57. doi: [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00430-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00430-5)

Hatzichristou, C. e Lianos, P. G. (2016). Social and emotional learning in the Greek educational system: An Ithaca journey. *International Journal of Emotional Education*, 8(2), 105-127.

Instituto da Segurança Social. (2017). CASA 2017 - *Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*. Retirado de http://www.seg-social.pt/documents/10152/16000247/Relatorio_CASA_2017/537a3a78-6992-4f9d-b7a7-5b71eb6c41d9

Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, E. T., Polo-Tomás, M. e Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient

maltreated children: A cumulative stressors model. *Child abuse & neglect*, 31(3), 231-253. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.011>

Jiménez, R. A. e García, M. T. M. (2011). Intervención psicomotriz en personas mayores. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia*, 8(14). Retirado de <http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original10.pdf>

Jones, D. E., Greenberg, M. e Crowley, M. (2015). Early social-emotional functioning and public health: The relationship between kindergarten social competence and future wellness. *American journal of public health*, 105(11), 2283-2290.

Juhel, J.C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. Canada: L'Université Laval.

Junta de Freguesia de Belém [JFB]. (2018a). Plano de Atividades. Retirado de http://jf-belem.pt/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=9&Itemid=203

Junta de Freguesia de Belém [JFB]. (2018b). Boletim Informativo da Junta de Freguesia de Belém, 25. Retirado de http://www.jf-belem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=275

Kagawa, S., Koyama, T., Hosomi, M., Takebayashi, T., Hanada, K., Hashimoto, F. e Domen, K. (2013). Effects of constraint-induced movement therapy on spasticity in patients with hemiparesis after stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(4), 364-370. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.09.021>

Kelly, W. (2017). *Understanding children in foster care: Identifying and addressing what children learn from maltreatment*. Cham: Springer.

Klencklen, G., Lavenex, P. B., Brandner, C. e Lavenex, P. (2017). Working memory decline in normal aging: Is it really worse in space than in color?. *Learning and Motivation*, 57, 48-60. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lmot.2017.01.007>

Kwakkel, G., Veerbeek, J. M., van Wegen, E. E. e Wolf, S. L. (2015). Constraint-induced movement therapy after stroke. *The Lancet Neurology*, 14(2), 224-234. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70160-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70160-7)

Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo: Lei n.º 142/2015. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 175 — 8 de setembro de 2015, 7198 – 7232.

Lei Tutelar Educativa: Lei n.º 4/2015. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 10 — 15 de janeiro de 2015, 396 - 436.

Lesinski, M., Hortobágyi, T., Muehlbauer, T., Gollhofer, A. e Granacher, U. (2015). Effects of balance training on balance performance in healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Sports medicine*, 45(12), 1721-1738.

Lindberg, P. G., Feydy, A. e Maier, M. A. (2010). White matter organization in cervical spinal cord relates differently to age and control of grip force in healthy subjects. *Journal of Neuroscience*, 30(11), 4102-4109. doi: <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5529-09.2010>

Lou, Y., Taylor, E. P. e Di Folco, S. (2018). Resilience and resilience factors in children in residential care: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 89, 83-92. doi:<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.010>

Lubitz, A. F., Niedeggen, M. e Feser, M. (2017). Aging and working memory performance: Electrophysiological correlates of high and low performing elderly. *Neuropsychologia*, 106, 42-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.09.002>

Luthar, S. S. (2015). Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. In *Developmental Psychopathology* (eds D. Cicchetti and D. J. Cohen). doi:[10.1002/9780470939406.ch20](https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch20)

Madera, M. R. (2005). A relação interpessoal na psicomotricidade em pessoas com demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-55.

Malgarin, B., Santana, M., Machado, P., Bastos, A. e Freitas, M. (2018). Resilience and psychoanalysis: a systematic review. *Psico, Porto Alegre*, 49 (02), 206-212. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2018.2.27632>

Manna, L., Kleinpaul, J. F., Teixeira, C. S., Rossi, A. G., Lopes, L. F. D. e Mota, C. B. (2008). Investigação do equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(2), 155-165.

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (1ªed., 29-40). Cruz Quebrada: Edições FMH.

Masten, A. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493-506. doi:10.1017/S0954579411000198

Matos, M. G. D., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N. e Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 95-102.

Matos, M. G. D., Nahama, V., Petit, F. e Sacchi, D. (2010). Social skills in children and adolescents: evaluation and intervention issues in school and clinical contexts. *Revista de psicologia da criança e do adolescente*, 1(2), 105-116.

Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J.-M. (2011). *Examen Géronto Psychomoteur: Manuel d'application*. Paris: Hogrefe.

Mihic, J., Novak, M., Basic, J. e Nix, R. L. (2016). Promoting Social and Emotional Competencies among Young Children in Croatia with Preschool PATHS. *International Journal of Emotional Education*, 8(2), 45-59.

Mirakhorlo, M., Maas, H. e Veeger, H. E. J. (2018). Increased enslaving in elderly is associated with changes in neural control of the extrinsic finger muscles. *Experimental brain research*, 236(6), 1583–1592. doi: <https://doi.org/10.1007/s00221-018-5219-1>

Mok, R. M., Myers, N. E., Wallis, G. e Nobre, A. C. (2016). Behavioral and neural markers of flexible attention over working memory in aging. *Cerebral Cortex*, 26(4), 1831-1842. doi: <https://doi.org/10.1093/cercor/bhw011>

Montañés, M. e Brochier Kist, R. (2011). La actividad física y la psicomotricidad en las personas mayores: sus contribuciones para el envejecimiento activo, saludable y satisfactorio. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 10 (1), 179-192.

Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de alzheimer. *A psicomotricidade*, 10, 24-33.

Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2016). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Éxamen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*, 42(7), 516-527. doi: 10.1080/03601277.2016.1165068

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. e Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>

Mota, C. P. e Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20 (3), 367-377.

Mota, C. P. e Matos, P. M. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrolo. *Análise psicológica*, 28 (2), 245-254.

Murray, J. e Farrington, D. P. (2010). Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings from Longitudinal Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633–642. <https://doi.org/10.1177/070674371005501003>

Naia, A. e Martins, R. (2006). Psicomotricidade na instabilidade psicomotora. *A Psicomotricidade*, 7, 39-53.

Núñez, J. G. e González, J. M. (2001). Programa de Gerontopsicomotricidade em Ancianos Institucionalizados. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (221-240). FMH.

Organização das Nações Unidas. (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Retirado de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2005). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Retirado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación médica*, 15(2), 77-78.

Panther-Brick, C. (2014). Health, risk, and resilience: Interdisciplinary concepts and applications. *Annual Review of Anthropology*, 43, 431-448.

Paúl, C. (2017). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 275-287.

Pinhel, J., Torres, N. e Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4 (17), 509-521.

Pizato, E. C. G., Marturano, E. M. e Fontaine, A. M (2014). Trajetórias de habilidades sociais e problemas de comportamento no ensino fundamental: influência da educação infantil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 189 – 197.

Pliatsikas, C., Veríssimo, J., Babcock, L., Pullman, M. Y., Gleib, D. A., Weinstein, M., ... Ullman, M. T. (2018). Working memory in older adults declines with age, but is modulated by sex and education. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1747021818791994>

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105113

Raynaud, J. P., Danner, C. e Inigo, J. P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités,

différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 113-119. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.02.002>

Rhoades, I. B., Greenberg, T. M. e Domitrovich, E. C. (2009). The contribution of inhibitory control to preschoolers social-emotional competence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(3), 310-320. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.12.012>

Rozo, P., Figueroa, G., Alhucema, W., Montoya, D., López, J., Henríquez, M. L., Barragán, M. e Rojas, M. S. (2014). Deficit en Habilidades Sociales en Niños con Trastorno por Deficit de Atencion-Hiperactividad, Evaluados con la Escala BASC. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(1), 95.(Walker et al., 2011)

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, 24(02), 335-344.

Sapouna, M. e Wolke, D. (2013). Resilience to bullying victimization: The role of individual, family and peer characteristics. *Child abuse & neglect*, 37(11), 997-1006. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.05.009>

Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619-629.

Schalock, R., Keith, K., Verdugo, M. e Gómez, L. (2011). Quality of Life Model Development and Use in the Field of Intellectual Disability. In R. Kober (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities: From Theory to Practice* (Chapter 2, pp. 17-32). Dordrecht: Springer. Doi: 10.1007/978-90-481-96500_2

Schofield, G. e Beek, M. (2014). *The secure base model: Promoting attachment and resilience in foster care and adoption*. London: British Association for Adoption & Fostering.

Segev-Jacobovski, O., Herman, T., Yogev-Seligmann, G., Mirelman, A., Giladi, N. e Hausdorff, J. M. (2011). The interplay between gait, falls and cognition: Can cognitive therapy reduce fall risk. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(7), 10571075. doi: 10.1586/ern.11.69

Smitha, V., Varghese, K., Dennis, D. e Vinayan, K. (2014). Effect of social skill group training in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Amrita Journal of Medicine*, 10(2), 1- 44.

Sommervoll, Y., Ettema, G. e Vereijken, B. (2011). Effects of Age, Task, and Frequency on Variability of Finger Tapping. *Perceptual and Motor Skills*, 113(2), 647–661. <https://doi.org/10.2466/10.25.PMS.113.5.647-661>

Statler, M., Heracleous, L. e Jacobs, C. D. (2011). Serious Play as a Practice of Paradox. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 47(2), 236–256. doi: <https://doi.org/10.1177/0021886311398453>

Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A. e Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child development*, 88(4), 1156–1171. doi: <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>

Trentacosta, C. J. e Fine, S. E. (2010). Emotion knowledge, social competence, and behavior problems in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Social Development*, 19(1), 1-29. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2009.00543.x>

Tuzzo, R. e Demarchi, J. M. (2007). La formación de psicomotricistas en el campo del envejecimiento y vejez: Interfases necesarias. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 28, 59-68.

Van Gerven, P. W. e Guerreiro, M. J. (2016). Selective attention and sensory modality in aging: curses and blessings. *Frontiers in human neuroscience*, 10 (147). doi: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00147>

Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham-McGregor, S., Black, M. M., Nelson, C. A., Huffman, S. L., . . . Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378(9799), 1325-1338. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60555-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60555-2)

Walker, S. P., Wachs, T. D., Meeks Gardner, J., Lozoff, B., Wasserman, G. A., Pollitt, E. e Carter, J. A. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369(9556), 145-157. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60076-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60076-2)

Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169. doi: 10.1017/S0959259810000420

World Health Organization [WHO]. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization

Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P. e Walberg, H. J. (2007). The scientific base linking social and emotional learning to school success. *Journal of*

educational and psychological consultation, 17(2-3), 191-210. doi:
<https://doi.org/10.1080/10474410701413145>

Anexos

Anexo A: Plano de sessão [Tipo] – Sonhar Acordado

PSICOMOTRICISTA Rúben Barbosa	DATA 02/11/2017	HORA 9.30/11.30	DURAÇÃO 30'	CONTEXTO/LOCAL JI Bairro de Belém (ginásio)	GRUPO 1/2/3/4
---	---------------------------	---------------------------	-----------------------	---	-------------------------

HORA/ DURAÇÃO	MOMENTO DA SESSÃO/ ATIVIDADE	OBJETIVOS	DESCRIÇÃO	MATERIAIS	ESTRATÉGIAS
9h30/10h/ 10h30/11h	Diálogo Inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar a sessão. - Apresentação da estrutura da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em círculo, o P. dá as boas-vindas às crianças e pergunta ao grupo quais as atividades realizadas na sessão anterior. De seguida, explica o que vai acontecer na sessão. 		Instrução verbal
5'					
15'	Atividade 1 “História de Halloween”	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a cooperação - Estimular a atenção seletiva - Promover o equilíbrio 	<ul style="list-style-type: none"> - Em círculo, o P. conta uma história de Halloween com diversas personagens (bruxa, vampiro, múmia, fantasma, morcego e abóbora). Conforme as personagens integram a história, as crianças devem reproduzir a sua forma de deslocação e algumas ações. (e.g.: Bruxa - apoio unipedal, tronco inclinado para a frente e braços esticados para a frente; Múmia - andar nas pontas dos pés e com os braços esticados para a frente) Resumo da história: Uma bruxa plantou uma abóbora e usou “pozinhos de perlimpimpim” para a fazer crescer mais rápido. A abóbora cresceu tanto que a bruxa não a conseguia tirar do solo. Então o vampiro, a múmia e o fantasma foram ajudá-la, mas nenhum deles foi bem-sucedido. Por último, apareceu o morcego com uma ideia brilhante para tirar a abóbora do solo, tinham de unir forças e trabalhar em conjunto. E assim foi, com a força de todos foi possível tirar a abóbora para fazer os doces de Halloween. 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 desenhos plastificados (bruxa, vampiro, múmia, fantasma, morcego) - 1 bola laranja pequena/leve - 1 bola laranja grande/pesada 	<ul style="list-style-type: none"> Instrução verbal Feedback verbal Demonstração
9h50/10h20/ 10h50/11h20	Diálogo Final	<ul style="list-style-type: none"> - Retorno à calma. - Estimular a consciencialização corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - É solicitado às crianças que se deitem no chão em decúbito ventral e são dadas instruções verbais com o intuito de promover a consciencialização das diferentes partes do corpo (“Quais as partes do corpo que estão em contacto com o chão?”; “Será que as costas estão a tocar no chão? E as pernas?”; “Os pés estão a tocar no chão? O pé todo ou só uma parte do pé?”) e posteriormente a sua mobilização. Por fim, é solicitado ao grupo que manifeste a sua opinião sobre a sessão e são dados reforços ao grupo ou de forma individual caso se justifique. 		Instrução verbal
10'					


Anexo B: Plano de sessão [Tipo] – Casa da Fonte

PSICOMOTRICISTA: Rúben Barbosa **DATA:** 05/01/18 **HORA:** 17.30H **DURAÇÃO:** 60' **CONTEXTO/LOCAL:** “Sala dos Pequenos” **GRUPO:** 2

HORA/ DURAÇÃO	MOMENTO DA SESSÃO/ ATIVIDADE	OBJETIVOS	DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS DE ÊXITO	MATERIAIS	ESTRATÉGIAS
17h30 10'	Diálogo Inicial	- Iniciar a sessão. - Apresentação da estrutura da sessão.	- Em círculo, o P. dá as boas-vindas às crianças e pergunta ao grupo quais as atividades realizadas na sessão anterior. De seguida, explica o que vai acontecer na sessão.			Instrução verbal
17h40 20'	Atividade 1	- Fomentar o respeitar pela vez do outro. - Promover a resistência à frustração. - Estimular a memória de trabalho.	- É formada uma grelha no chão da sala representativa de um campo minado. O P. possui um mapa com a sinalização das bombas e é solicitado a cada criança que tente atravessar o campo sem pisar as bombas. Quando pisam uma bomba têm de regressar ao ponto de partida e é cede a vez.	- Condicionar a performance do outro 1 vez no máximo. - Demonstrar sinais de frustração menos de 2 vezes. - Concluir a atividade com menos de 5 erros.	- Círculos coloridos - Mapa de sinalização	Instrução verbal Feedback verbal Apoio direto Demonstração
18h00 10'	Atividade 2	- Estimular a atenção. - Estimular a coordenação oculomanual. - Promover a resistência à frustração.	- São colocadas 30 palhinhas pequenas de diferentes cores na mesa. É solicitado a cada elemento que escolha um de quatro copos coloridos (vermelho, verde, azul e preto) e que utilizando o copo recolha, o mais rápido possível, apenas as palhinhas da mesma cor. Ganha quem recolher primeiro todas as palhinhas da sua cor.	- Não recolher mais do que 1 palhinha de outra cor. - Recolher a totalidade de palhinhas em menos de 1 minuto. - Demonstrar sinais de frustração menos de 2 vezes.	- 4 Copos e 30 palhinhas coloridas (vermelho, verde, azul e preto) - Mesa	Instrução verbal Feedback verbal Demonstração
18h10 10'	Atividade 3	- Estimular a coordenação oculomanual. - Estimular o cumprimento de regras.	São colocados 15 copos de diferentes cores (vermelho, verde, azul e preto) na mesa e é solicitado a uma criança de cada vez que recolha os copos, o mais rápido possível, de acordo com as instruções verbais dadas.	- Recolher a totalidade dos copos em menos de 45 segundos. - Respeitar todas as regras dadas.	- 20 Copos coloridos (vermelho, verde, azul e preto) - Mesa	Instrução verbal Feedback verbal Demonstração
18h20 10'	Diálogo Final	- Retorno à calma. - Promover a avaliação comportamental.	- É solicitado ao grupo que manifeste a sua opinião sobre a sessão, que reflita sobre a mesma e que avalie o seu comportamento.			Instrução verbal Feedback verbal Demonstração

Anexo C: Plano de sessão [Tipo] – Centro de dia

PSICOMOTRICISTA: Rúben Barbosa **DATA:** 23/01/2018 **HORA:** 10.45h **DURAÇÃO:** 60' **CONTEXTO/LOCAL:** Centro de Dia

HORA/ DURAÇÃO	MOMENTO DA SESSÃO	OBJETIVOS	DESCRIÇÃO	MATERIAIS	CRITÉRIOS DE ÊXITO	ESTRATÉGIAS
10h45	Diálogo Inicial	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar sessão - Motivação para a sessão - Apresentar a estrutura da sessão 	Em círculo, o P. cumprimenta o grupo e introduz no diálogo aspetos relativos à sessão anterior. De seguida, o P. explica a estrutura da sessão.			Instrução verbal
10'						
10h55	Atividade 1	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a mobilização articular - Estimular a consciencialização corporal 	O P. explica e realiza um conjunto de movimentos simples que serão replicados pelos clientes: movimentos com a cabeça; rotação e elevação dos ombros; círculos com os braços; movimentos laterais e verticais com os braços; rodar o tronco; flexões laterais do tronco; esticar as costas; levantar os joelhos; levantar os calcanhares; rotação dos pulsos; fechar e abrir as mãos.			Instrução verbal Feedback verbal Demonstração
10'						
11h05	Atividade 2	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a marcha controlada - Estimular a coordenação oculopedal - Estimular a memória perceptiva. 	<p>É construído um circuito psicomotor com as seguintes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1-Percorrer um trajeto com as mãos e selecionar aleatoriamente um número; 2-Percorrer o trajeto desenhado no chão; 3-Percorrer o trajeto das pegadas; 4-Retirar o número de balões necessários para alcançar o número selecionado anteriormente; 5-Rematar uma bola para a baliza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cartões com nº de 1 a 6 - 6 pegadas, “mãos” e balões - 1 bola - 1 baliza - Giz/Fita adesiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar corretamente as mãos. - Sair do trajeto menos de 3 vezes. - Lembrar-se do número selecionado. - Retirar o número de balões correto. - Pontapear a bola na primeira tentativa. 	Instrução verbal Feedback verbal Demonstração Apoio direto
30'						
11h35	Diálogo Final	<ul style="list-style-type: none"> - Retorno à calma - Recolher feedback do grupo - Promover a comunicação interpessoal - Incitar a reflexão - Encerrar a sessão 	O P. promove um momento de retorno à calma com base em alguns exercícios respiratórios e posteriormente solicita que o grupo dê a sua opinião sobre a sessão, o que gostaram mais ou menos, e que reflita sobre a relevância das atividades realizadas.			Instrução verbal
10'						

Anexo D: Relatório de Sessão [Tipo] – Psicomotricidade na Escola

Psicomotricidade na Escola_ Sessão 8

PSICOMOTRICISTA:	DATA	HORA	DURAÇÃO	CONTEXTO/LOCAL	GRUPO
Rúben Barbosa	10/01/18	12H	60´	EB1 Bairro do Restelo	2

Resumo

O grupo esteve bastante agitado. A sessão acabou por abordar as consequências de uma dinâmica desorganizada em contextos relevantes para as crianças.

Reflexão

A dinâmica do grupo é, desde o início, bastante agitada o que aumenta as suas dificuldades de atenção e organização. O diálogo inicial evidenciou uma maior desorganização e impulsividade do grupo, à exceção do DM, o que afetou significativamente a produtividade deste momento. Perante esta situação, o estagiário e a orientadora optaram por deixar desenrolar a sessão de forma natural até que o grupo ganhasse consciência do seu comportamento e respetivas repercussões. O grupo conseguiu perceber autonomamente que o seu comportamento estava a interferir com a realização das atividades. Esta perceção foi valorizada, sendo promovida uma reflexão sobre as consequências deste padrão comportamental para outros contextos. O LS e o DM demonstraram uma maior capacidade reflexiva neste momento.

O grupo optou por não planear uma atividade como é habitual, solicitando ao estagiário e à orientadora que decidissem o rumo da sessão, afirmando que a sua desorganização se iria refletir neste momento e acabavam por não fazer nada. Assim sendo, nos últimos minutos da sessão, foi realizado o “jogo das raposas” com a premissa de que o grupo conseguia, antes de cada ronda, controlar o seu corpo e fazer silêncio durante 1 minuto para, de seguida, ser possível atribuir os diferentes papéis e reorganizar o espaço.